



SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL
DURANTE LA EPIDEMIA SARS-COV-2
(COVID-19) EN ESPAÑA

PROYECTO SEGCOVID



FUNDACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA E INNOVACIÓN EN **SEGURIDAD DEL PACIENTE**



SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

una sociedad del grupo **relyens**

AUTORES

FUNDACIÓN FIDISP

SANTIAGO TOMÁS VECINA
(COORDINADOR DEL PROYECTO)
MARI CRUZ MARTIN DELGADO
YOLANDA MINGUEZA SEBASTIÁN

SHAM

FRÉDÉRIC FUZ
DIRECTOR GESTIÓN DE RIESGOS

ELENA GÓMEZ FELIPE
HEALTH RISK MANAGER

JOSEP BENET
PERITO MÉDICO

ÍNDICE

●	1. INTRODUCCIÓN	4
●	2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA ENCUESTA	6
●	3. METODOLOGÍA	7
●	4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	10
	A. PARTICIPACIÓN	10
	B. DISTRIBUCIÓN POR CCAA	11
	C. CATEGORÍAS PROFESIONALES	12
	D. ÁMBITOS ASISTENCIALES DE TRABAJO	13
	E. VISITAS DIARIAS DE PACIENTES	15
	F. SEGURIDAD DEL PACIENTE:	17
	F1. TIPOS DE INCIDENTES	17
	F2. INCIDENTES SEGÚN PACIENTES ATENDIDOS	20
	F3. INCIDENTES SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL	21
	G. SALUD DEL PROFESIONAL Y SEGUNDAS VÍCTIMAS	22
	G1. SALUD DEL PROFESIONAL	22
	G2. RELACIONES INTERPROFESIONALES	23
	G3. PROTECCIÓN DEL PROFESIONAL	23
	G4. INFECCIÓN POR COVID-19 EN LOS PROFESIONALES	25
	H. TESTIMONIOS Y APORTACIONES DE LOS PROFESIONALES	26
●	5. CONCLUSIONES	27
●	6. RECOMENDACIONES	28
●	7. ANEXO:	30
	A. MODELO ENCUESTA	30
	B. RELACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS	42

1.- INTRODUCCIÓN

Desde hace varios meses estamos viviendo una situación que ha cambiado todo el paradigma de la asistencia sanitaria, la actividad económica y la vida social a nivel mundial. La pandemia por la infección del virus SARS-COV-2 (COVID-19) ha puesto en tensión a los sistemas sanitarios de todos los países sin excepción. Se trata de una situación hasta ahora insólita, tanto por el número elevado de personas afectadas, con problemas en el abastecimiento y calidad de los equipos de protección y en materiales necesarios para atender a los pacientes, así como por las necesidades elevadas de consumos de fármacos y con contagios incluso del propio personal sanitario. A su vez, a todo ello hemos de añadirle el bajo conocimiento que teníamos de las características del virus y la infección que provoca y que progresivamente hemos ido adquiriendo. Todo ellos son factores que han condicionado la respuesta sanitaria.

En esta situación de emergencia se ha puesto de manifiesto tres situaciones que permanecían latentes y que han condicionado la respuesta sanitaria:

- los déficits organizativos de los sistemas sanitarios que considerábamos -erróneamente- excelentes, pero que han demostrado no estar preparados para soportar una crisis de estas características
- la situación de los profesionales sanitarios, insuficientes para atender la presión asistencial que se fue incrementando exponencialmente día a día
- la existencia de una población con una elevada proporción de personas de edad avanzada, que confiaban en el sistema pero que podríamos considerarles vulnerables al no poder ser atendida en las mejores condiciones que se merecían. Sobre este colectivo los profesionales sanitarios han tenido que tomar, además, decisiones éticamente muy difíciles para poder salvar el máximo número de vidas.

La respuesta sanitaria ha conllevado, además, un incremento de los riesgos sobre los pacientes derivados de la asistencia prestada en unas condiciones de emergencia sanitaria grave con escasez de recursos. Se hace necesario pues, en el análisis de la respuesta sanitaria realizada, no solo el estudio de la forma de combatir la infección sino también explorar los riesgos acontecidos que han afectado a la seguridad del paciente. Ambas situaciones, combatir la infección y reducir los riesgos derivados de la asistencia, se convierten en esenciales para poder conseguir una respuesta sanitaria satisfactoria ante la situación de posibles brotes epidémicos en el futuro.

En lo que respecta a la seguridad del paciente, la epidemia ha generado diferentes escenarios derivados de las distintas situaciones de atención sanitaria que han surgido:

- **Efectos directo-directos:** aquellos incidentes de seguridad directamente relacionados con la infección por el coronavirus y la asistencia para su tratamiento.
- **Efectos directos-indirectos:** aquellos incidentes de seguridad relacionados con los retrasos o errores diagnósticos de la infección por SARS-CoV-2 (pacientes que inicialmente fueron diagnosticados de otro tipo de infección o enfermedad y recibieron tratamientos bajo dicho error diagnóstico)
- **Efectos indirectos:** son los incidentes sobre quienes, sin estar infectados por coronavirus, han sufrido las consecuencias del colapso sanitario al no poder ser atendidos por sus otros problemas de salud, como infartos de miocardio, ictus, tratamientos oncológicos, cirugías programadas, etcétera.
- **Efectos tardíos:** todos aquellos riesgos y consecuencias derivadas de los tratamientos y acciones asistenciales realizadas durante la pandemia y que, hoy por hoy, son una incógnita pero que van apareciendo poco a poco: eventos tromboembólicos y vasculares, cardiológicos, dermatológicos, neumopatías, etc.

Teniendo todo ello en cuenta, y con el objetivo de conocer y analizar los riesgos que han afectado a la seguridad del paciente durante la epidemia SARS-COV-2 (COVID-19), FIDISP, fundación privada sin ánimo de lucro dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad del paciente en la atención sanitaria, puso en marcha el proyecto SEGCVID, contando con la colaboración de SHAM, mutua aseguradora especialista en el sector sanitario y sociosanitario (sociedad del grupo europeo Relyens) en su desarrollo.

El proyecto SEGCVID pretende, proponer soluciones que puedan ayudar en el futuro a mejorar la respuesta sanitaria en situaciones similares y, a su vez, reducir los riesgos asistenciales, garantizando una mejor seguridad para el paciente.

Junio 2020

2.- JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

El objetivo del proyecto SEGCVID incluye una serie de acciones enfocadas a conocer, analizar y proponer acciones de mejora para garantizar la seguridad del paciente ante situaciones epidémicas generadas por nuevos rebrotes de SARS-COV-2 (COVID-19) u otras infecciones similares.

En una primera parte, SEGCVID ha pretendido conocer la valoración de primera manos de los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que han atendido directamente a pacientes afectados por SARS-COV-2 (COVID-19) en primera línea o como personal de apoyo. Para ello FIDISP diseñó una encuesta valorando aspectos relacionados tanto con la seguridad del paciente como la del profesional. Con la colaboración de SHAM, la misma fue difundida entre los profesionales sanitarios españoles.

Con esta encuesta se ha valorado la seguridad del paciente relacionada con los eventos adversos de los grupos directo-directo y directo-indirecto explicados en la introducción de este documento.

La invitación a realizar la encuesta tuvo lugar entre los meses de abril y mayo de 2020. Su difusión fue a través de redes sociales y listas de correo de FIDISP y SHAM.

Se trata de una encuesta anónima, voluntaria y confidencial. Se utilizó una encuesta de respuesta múltiple a través de un sistema de formulario digital.

Los resultados y conclusiones de esta encuesta serán, a su vez, el punto de partida para desarrollar la segunda parte del proyecto SEGCVID, que estará enfocada a la elaboración de recomendaciones y acciones de mejora para reducir los problemas de seguridad derivados de situaciones epidémicas o de crisis similares en el futuro y cuya difusión se realizará próximamente.

En lo que respecta a la seguridad del paciente, la epidemia ha generado diferentes escenarios derivados de las distintas situaciones de atención sanitaria que han surgido:

El grupo de trabajo quiere agradecer la colaboración mostrada por todos los profesionales participantes, entendiendo la dificultad para dedicar un espacio de su tiempo a contestar las cuestiones planteadas, máxime en una situación de estrés físico y emocional por la situación vivida estos meses.

3.- METODOLOGÍA

Tipo estudio/encuesta: estudio observacional y descriptivo basado en los datos recogidos a través de una encuesta voluntaria anónima de respuesta cerrada, utilizando el sistema de formulario digital Google Forms.

Ámbito territorial: La encuesta se realizó dentro del ámbito territorial de España

Periodo estudio: La encuesta se inició el 19/4/2020 y finalizó el 31/5/2020 (total 41 días). El estado de alarma en España se declaró el 14 de marzo de 2020, con lo que la encuesta se inició a las cinco semanas del inicio de dicho estado, en el momento que la epidemia había iniciado la fase de descenso (gráfico 1).

Población diana y población estudio

- o **Población diana:** Profesionales sanitarios de todas las comunidades autónomas del territorio español
- o **Población estudio:** profesionales de la población de estudio que han realizado asistencia a pacientes afectados por SARS-COV-2 (COVID-19) durante el periodo de estudio.

Tamaño muestral previsto: Se consideró que la población a la cual iba destinada la encuesta era infinita pues agrupaba cualquier tipo de profesional sanitario de todas las provincias del estado español, y tampoco se conocía el volumen de respuestas que podrían obtenerse a través de los medios de difusión empleados. Por ello se hizo un cálculo muestral teniendo en cuenta una población infinita, con un 5% de máxima imprecisión ($D = 5\%$) asumiendo una estimación de prevalencia de problemas de seguridad del 50% y un nivel de confianza para la estimación del 95% (error alfa 5%)

Difusión de la encuesta: La encuesta se difundió a través de los medios de comunicación de FIDISP en la web y en redes sociales, boletín FIDISP, LinkedIn, Twitter, Facebook. Asimismo, y a partir del 22 de mayo, SHAM se unió a la difusión desde sus redes sociales y contactos.

Variables de la encuesta: Las variables del estudio se agruparon en dos niveles: Seguridad del paciente y Seguridad del profesional. Las variables pueden consultarse en el anexo 1.

1. **En relación a la seguridad del paciente**, las variables seleccionadas estaban en relación a la prevención de prácticas seguras en los ámbitos de
 - a) cuidados del paciente

- b) gestión clínica
- c) gestión diagnóstica
- d) medicación

En este mismo ámbito sobre seguridad del paciente se recogieron además variables cualitativas en forma de aportación mediante texto libre sobre situaciones de seguridad del paciente vividas no descritas en las preguntas planteadas.

2. En relación a la seguridad del profesional, ésta se valoró en tres niveles a través de preguntas relacionadas con:

- o la salud del profesional
- o las relaciones entre profesionales
- o los equipos de protección
- o el cribaje SARS-COV-2 (COVID-19) al profesional y el contagio o no de infección.

En este mismo ámbito sobre seguridad del profesional se recogieron además variables cualitativas en forma de aportación mediante texto libre sobre:

- a. situaciones de seguridad del profesional vividas en cualquiera de los niveles anteriores no descritas en las preguntas planteadas.
- b. sugerencias para mejorar la seguridad del paciente o del profesional en función de la experiencia vivida por el declarante.

3. Otras variables analizadas: Se recogieron también las siguientes variables en relación con las características profesionales del declarante: turno de trabajo, nº de pacientes atendidos/día, categoría profesional, centro de trabajo y comunidad autónoma.

Limitaciones: Las limitaciones observadas en el estudio han sido las siguientes:

- o Difusión: se han utilizado medios de difusión a través de redes sociales y correos electrónicos personalizados, no conociéndose el impacto de la misma sobre la población de estudio, corriendo el riesgo de un bajo índice de respuestas.
- o Sesgo de la voluntariedad: las respuestas podrían corresponder a los profesionales más motivados o afectados por la pandemia con una percepción más negativa
- o Tiempo evaluación: Debido a la evolución de la pandemia, es probable que, en los profesionales que cumplimentaron la encuesta en las últimas semanas del periodo de estudio, el impacto psicológico y físico sobre la seguridad profesional puede verse sesgada a medida que con el tiempo los centros sanitarios disponían de más medios y/o la valoración, pasada la fase aguda, de los profesionales declarantes. Asimismo, ello puede haber afectado también a los riesgos detectados en los aspectos de seguridad del paciente por los mismos motivos (especialmente mejora de recursos y reducción de la sobrecarga asistencial).

- o Los datos en formato texto declarados en los apartados de sugerencias o de otros problemas de seguridad profesional y/o del paciente no pueden ser analizados estadísticamente. Fueron agrupados por áreas temáticas y se destinarán para un análisis de psicología clínica para un segundo informe.
- o Se han realizado agrupaciones profesionales a partir de los datos incluidos como “otros profesionales”: 2 casos de estudiantes/residentes enfermería se incluyeron en el grupo de enfermeras; 2 casos de técnicos emergencias se agruparon en técnicos transporte sanitario; los declarantes que se identificaron como directivos y/o responsables de calidad sin especificar su profesión de base se incluyeron en el grupo “otros sin especificar”.
- o Las preguntas de respuesta múltiple referentes a los “turnos” y a los “ámbitos de trabajo” han generado una limitación en su análisis al observarse diversas combinaciones en ambas preguntas, como reflejo de los diferentes horarios seguidos por los profesionales y los diferentes lugares de trabajo donde han prestado sus servicios respectivamente.

Recogida y confidencialidad de los datos: En todo momento se ha mantenido el anonimato de los datos obtenidos en base a lo estipulado en las normas de protección de datos del Reglamento Europeo de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679) y la política de privacidad de datos de Fundación FIDISP. Los datos recogidos no identifican en ningún momento al profesional declarante, ni centros sanitarios ni tampoco datos de pacientes y existía tan solo la opción voluntaria de notificar el correo electrónico del declarante con objeto de notificarle los resultados de la encuesta y otras informaciones relacionadas, para lo cual el declarante tenía que marcar previamente su autorización.

Análisis estadístico: Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS® para Windows. En el análisis descriptivo se presentaron las variables cuantitativas con frecuencia absolutas y porcentajes. Se empleó la prueba de la Ji (Chi) al cuadrado en la comparación de proporciones

4- RESULTADOS DE LA ENCUESTA

A) Participación: Durante el periodo de estudio se obtuvieron un total de 502 encuestas respondidas, de las cuales se consideraron válidas 473 descartándose 29 por ser incompletas y/o errores de registro informático.

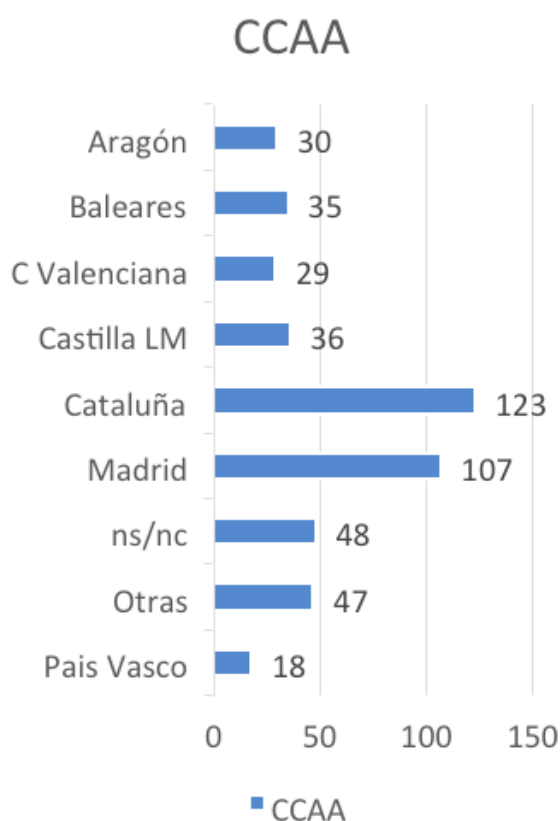
El periodo escogido de fechas para la realización de la encuesta coincidió con el inicio del descenso del número de casos de enfermos infectados en España, a los treinta y seis días del inicio del estado de alarma, tal como se recoge en el gráfico 1.

GRÁFICO 1: PERIODO DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA Y RELACIÓN CON LA CURVA EPIDÉMICA



El motivo de iniciar la difusión de la encuesta en este periodo se relacionó con el inicio de equilibrio asistencial que permitiera a los profesionales poder responder la encuesta con suficiente estabilidad emocional y experiencia profesional para describir las situaciones vividas.

B) Distribución por CCAA: La distribución territorial de los participantes por Comunidad Autónoma (CCAA) se recogen en la tabla 1:



*Otras: Andalucía 9, Asturias 3, Canarias 4, Cantabria 3, Castilla-León 7, Extremadura 9, Galicia 5, La Rioja 2, Murcia 4, Navarra 1

Llama la atención el número elevado de respuestas procedentes de las CCAA de Madrid y Cataluña, las cuales fueron a su vez las más afectadas por la epidemia. La aportación de los profesionales de dichas CCAA creemos supone una visión bastante aproximada a las vivencias de aquellos profesionales que fueron sometidos a una elevada presión asistencial y emocional por el elevado número de pacientes afectados que tuvieron que atender.

C) Categorías profesionales:

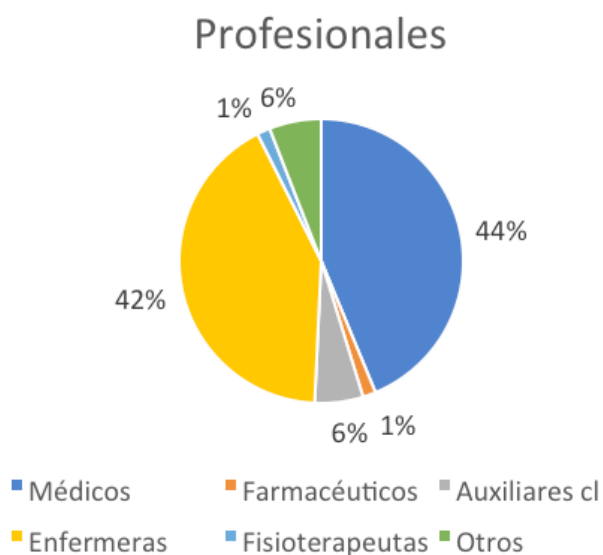
Las categorías profesionales de los 473 participantes fueron las siguientes:

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍA PROFESIONAL

CATEGORÍA PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Administrativo	11	2,3
Auxiliar clínica	26	5,5
Enfermera	198	41,9
Farmacéutico	7	1,5
Fisioterapeuta	7	1,5
Matrona	2	,4
Médico	207	43,8
Otro	5	1,1
Psicólogo	2	,4
Técnico de transporte sanitario	6	1,3
Técnico sanitario (radiología, laboratorio, farmacia, otros)	2	,4
Total	473	100,0

Destaca que un 85,7% de los participantes eran profesionales asistenciales (médicos + enfermeras) en contacto directo y continuado con los enfermos afectados (gráfico 2).

GRÁFICO 2 : DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL



D) Ámbitos asistenciales de trabajo:

Un total de 430 encuestados (90,9%) prestaba sus servicios profesionales en un solo ámbito asistencial; 36 casos (7,6%) lo hacían en dos ámbitos asistenciales diferentes y 7 casos en 3 ó más ámbitos asistenciales.

La distribución de encuestados que prestaban sus servicios en un solo ámbito asistencial fue la siguiente:

GRÁFICO 3: N° PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN 1 SOLO ÁMBITO SOCIAL

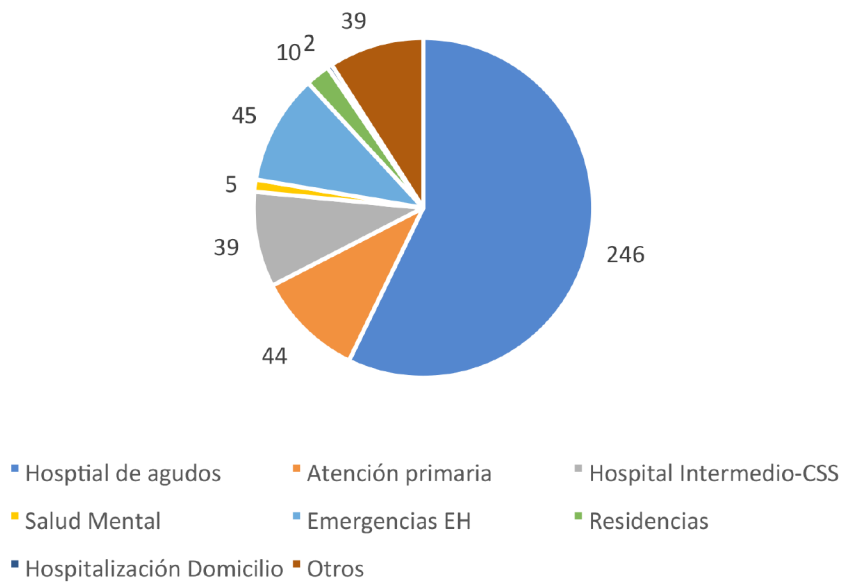
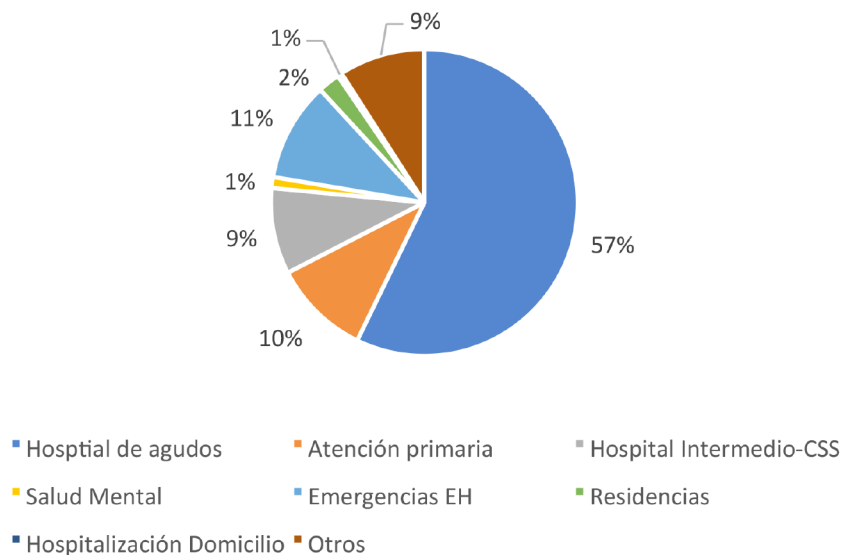


GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN 1 SOLO ÁMBITO ASISTENCIAL



La distribución de encuestados que prestaban sus servicios en 2 ó más ámbitos asistenciales fue la siguiente:

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTADOS QUE PRESTABAN SERVICIOS EN 2 Ó MÁS ÁMBITOS

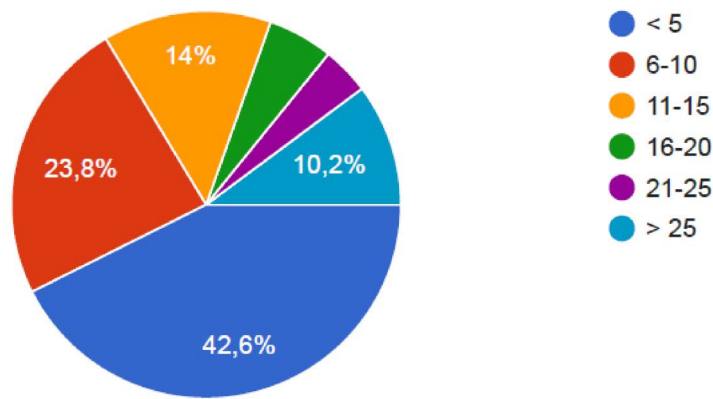
CENTROS DE TRABAJO	Nº PROFESIONALES ENCUESTADOS	% SOBRE TOTAL DE 2 TRABAJOS	% SOBRE TOTAL DE LA ENCUESTA
Atención Primaria + Atención Domiciliaria /Hospitalización a domicilio	3	8,3%	0,63%
Atención Primaria + Hospital Intermedio/ Centro Sociosanitario	2	5,6%	0,42%
Atención primaria + Otros	1	2,8%	0,21%
Emergencias Extrahospitalarias + Hospital de agudos	11	30,6%	2,32%
Emergencias Extrahospitalarias + Hospital Intermedio/Centro Sociosanitario	1	2,8%	0,21%
Emergencias Extrahospitalarias + Otros	2	5,6%	0,42%
Hospital de agudos + Atención Primaria	3	8,3%	0,63%
Hospital de agudos + Hospital Intermedio/ Centro Sociosanitario	8	22,2%	1,69%
Hospital de agudos + Otros	1	2,8%	0,21%
Hospital Intermedio/Centro Sociosanitario + Residencia de mayores	2	5,6%	0,42%
Residencia de mayores + salud mental	2	5,6%	0,42%
Más de tres ámbitos asistenciales	7		1,48%
TOTAL	43		9.06%

Analizando los dos colectivos más importantes en la muestra (médicos y enfermeras) que en conjunto suponían el 85,7%, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en relación al lugar de trabajo: un 90,4% de las enfermeras trabajaron en un solo ámbito asistencial versus un 89,9% del colectivo médico.

E) Visitas diarias de pacientes:

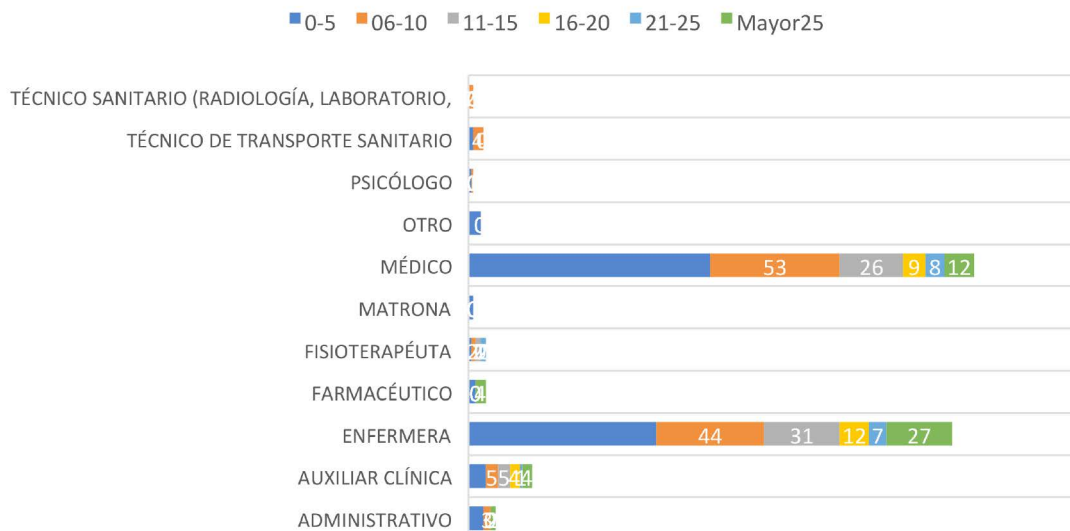
Un total de 203 encuestados contestaron que atendieron o estuvieron en contacto directo con un promedio inferior a 5 pacientes al día, mientras que en el extremo contrario, 49 profesionales contestaron que visitaban o estuvieron en contacto con un promedio de más de 25 pacientes al día. La distribución porcentual se recoge en el gráfico 5:

GRÁFICO 5: PROMEDIO PACIENTES VISITADOS/DÍA



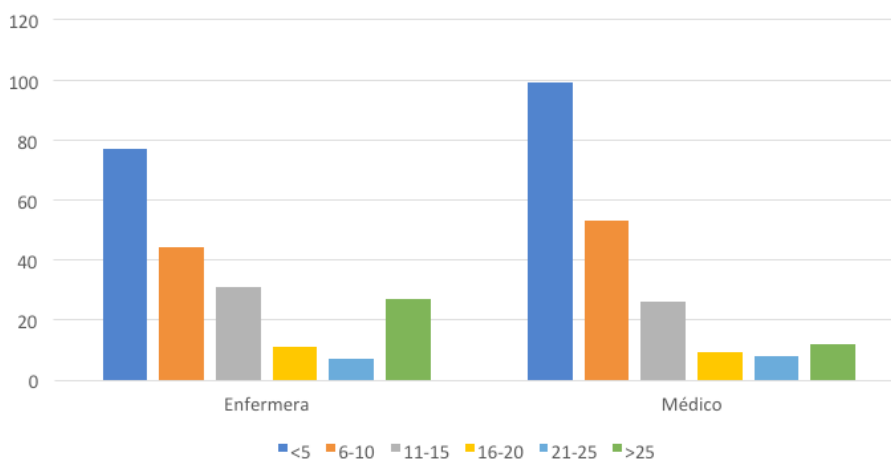
Distribuido el número de visitas o contactos en función de su categoría profesional, el desglose fue el siguiente:

GRÁFICO 6: Nº VISITAS/CONTACTOS CON PACIENTES COVID-19 /DÍA



Analizando los grupos constituidos por médicos y enfermeras, que constituyeron > 85% de los profesionales que contestaron la encuesta, el promedio de visitas queda de la siguiente manera (gráfico 7):

GRÁFICO 7: PROMEDIO VISITAS/CONTACTOS CON PACIENTES COVID-19



Si realizamos un punto de corte en visitas/ día < 10 o visitas/día ≥ 11 encontramos los siguientes resultados:

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN VISITAS POR CATEGORÍA PROFESIONAL MÉDICO-ENFERMERA

	<10	≥ 11
ENFERMERAS	121 (30%)	76 (19%)
MÉDICOS	152 (37%)	55 (13%)
TOTAL	273	131

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES SOBRE EL TOTAL DE VISITAS

	<10	≥ 11
ENFERMERAS	121 (44%)	76 (58%)
MÉDICOS	152 (56%)	55 (42%)
TOTAL	273	131

Esta distribución es interesante en cuanto que aparecen diferencias significativas (p<0,05) entre ambos colectivos en relación con el número de pacientes atendidos. Ello puede explicar datos posteriores relacionados con el riesgo de contagio por SARS-Cov-2 (COVID-19) entre el personal sanitario.

F) Seguridad del paciente:

f1. Tipos de Incidentes

Las variables analizadas se agruparon en incidentes relacionados con los cuidados del paciente, la gestión de la medicación y la gestión clínica/diagnóstica.

Para facilitar el análisis comparativo se agruparon las respuestas en dos tipos:

- Nunca, rara vez, alguna vez= **Casi nunca /nunca**
- Varias veces, con frecuencia, diariamente= **Frecuente/diario**

En la siguiente tabla se recoge la distribución de los incidentes de seguridad del paciente declarados:

TABLA 6: TIPO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TIPO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CASI NUNCA /NUNCA	FRECUENTE/DIARIO
Problemas con utillaje clínico no EPI (ausencia, erróneo, inseguro)	70%	30%
Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia	77%	23%
Dificultad para derivar el paciente a un nivel asistencial crítico /UCI	79%	21%
Errores o problemas con la medicación	80%	20%
Problemas con resultados de laboratorio	84%	17%
Problemas con los equipos de electromedicina	83%	17%
Problemas en la realización, mantenimiento y/o retirada de un procedimiento o técnica (accesos vasculares, sondaje urinario, nasogástrica, otros)	85%	15%
¿Ha podido realizar alguna notificación de evento adverso al sistema de notificación?	85%	15%
Úlceras por presión	86%	14%
Problemas con historia clínica informatizada y/o software clínico	86%	14%
Caídas de paciente	88%	13%
Problemas con técnicas de imagen	87%	13%
Ha habido algún resultado crítico no alertado por (laboratorio, radiología, ECG....)	89%	11%
Problemas de seguridad con contenciones	89%	11%
Errores diagnósticos	90%	10%
Identificación errónea de pacientes	92%	8%
Prescripción de medicación antiCOVID-19 sin solicitar consentimiento informado	92%	8%
Autolisis o intento de suicidio de algún paciente	94%	6%
Otros problemas de seguridad paciente	94%	6%
Problemas con el circuito y proceso de transfusiones	99%	1%

Agrupado de esta manera observamos que en primer lugar los incidentes más frecuentes declarados se **relacionaron con problemas de utillaje** (ausencia, erróneo, inseguro) entendiéndose como tal aquel necesario para la realización de procedimientos y/o exploraciones a los pacientes. En segundo lugar las **infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia (IRAS)** (probablemente relacionadas con las altas estancias en UCI o en semicríticos de los pacientes y los tratamientos antiviral administrados la mayoría “off label” o uso compasivo, así como la reducción o ausencia de los protocolos Zero para la prevención de IRAS) y en tercer lugar **las dificultades para disponer de oxigenoterapia de alto flujo** en plantas de hospitalización para pacientes muy graves sin adecuada monitorización ni soporte respiratorio, que se relacionaría con la ausencia de respuesta ante pacientes en riesgo de deterioro. En este sentido, los declarantes referían **problemas de suministros de O2 en los hospitales** al no estar preparados los mismos para proporcionar a tantos pacientes volúmenes tan elevados de oxígeno que en las condiciones habituales en las que trabajan dichos centros. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de los centros la demanda de oxígeno supero el 85% de la ocupación del mismo con elevado número de pacientes con necesidades de altos flujos. Ello supuso en muchos hospitales la necesidad de incorporar depósitos de oxígeno adicionales. Algunos profesionales refirieron dificultades para asegurar que el flujo de oxígeno proporcionado se correspondiera con el configurado en las válvulas de suministro.

Los valores obtenidos en la columna de “Frecuente/diario” muestran unos resultados por encima de lo considerado habitual o aceptable en la bibliografía en el sistema sanitario español. Cierto es que los estudios de referencia en España (ENEAS, EVADUR, SYREC....) son metodológicamente totalmente distintos al realizado en nuestro análisis -basado en encuestas a los profesionales- pero, salvando dichas diferencias, pueden servir de orientación para conocer qué aspectos se vieron más o por el contrario menos afectados por la situación de crisis. **En este sentido llaman la atención la elevada frecuencia**, en comparación con los estudios de referencia, en las siguientes situaciones (tabla 7)

TABLA 7: COMPARACIÓN DE LOS DATOS DE INCIDENTES MÁS FRECUENTES DE LA ENCUESTA SEGCOVID CON LA LITERATURA*

INCIDENTE	SEGCOVID	BIBLIOGRAFIA
Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia	23%	7-8% (Epine 2018)
Úlceras por presión	14%	3,6% (ENEAS)
Caídas de pacientes	13%	2,9% (ENEAS)
Errores diagnósticos	10%	2,75 (ENEAS)

*Bibliografía: Estudios ENEAS, EVADUR, SYREC, Datos indicadores de seguridad del paciente del Sistema nacional de salud

Los errores diagnósticos podrían ser atribuibles a los retrasos diagnósticos de pacientes no covid en el inicio de la epidemia (falsamente diagnosticados de cuadro gripales o de neumonías de origen desconocido), así como por las complicaciones de la enfermedad desconocidas inicialmente (por ejemplo, eventos tromboembólicos miocarditis, etc).

Por el contrario, **llamaron la atención, por la menor frecuencia esperable** en comparación con estudios de referencia, las siguientes situaciones (tabla 8):

TABLA 8: COMPARACIÓN DE LOS DATOS DE INCIDENTES MENOS FRECUENTES DE LA ENCUESTA SEGCVID CON LA LITERATURA*

INCIDENTE	SEGCVID	BIBLIOGRAFIA
PROBLEMAS CON TRANSFUSIONES	1%	
ERRORES DE MEDICACIÓN	20%	24%-37%

*Bibliografía: Estudios ENEAS, EVADUR, SYREC, Datos indicadores de seguridad del paciente del Sistema nacional de salud

En el caso de los errores de medicación las cifras son ligeramente inferiores a lo esperable, probablemente debido a soluciones generadas ante la situación de sobredemanda en lo servicios de farmacia: protocolización de las prescripciones agrupados en formato “kit covid” con fármacos y dosis predefinidas desde los servicios de farmacia, papel de los farmacéuticos clínicos, y los criterios estrictos de identificación de pacientes. También podría ser debido a la población homogénea de pacientes con los mismos tratamientos frente a la amplia variabilidad que hay en otros momentos en el hospital y al uso de protocolos que, aunque dinámicos, existían en todos los hospitales para facilitar la toma de decisiones.

En este sentido el análisis de los errores o **incidentes relacionados con la medicación** y terapéuticas empleadas reflejaron las siguientes situaciones (tabla 9):

TABLA 9: TIPOS DE ERRORES DE MEDICACIÓN DECLARADOS

TIPOS DE ERRORES DE MEDICACIÓN DECLARADOS	CASI NUNCA / NUNCA	FRECUENTE / DIARIO
Desabastecimiento de fármacos	72%	18%
No administración de una medicación prescrita	88%	12%
Oxigenoterapia insuficiente por problemas de las instalaciones y/o insuficiencia técnica	90%	10%
Interacciones entre fármacos no valoradas	89%	10%
Duplicidad de fármacos prescritos y/o administrados	91%	9%
Errores por omisión de dosis	93%	7%
Errores por confusión de fármacos	95%	5%
Errores por comisión	96%	4%

Como puede observarse en esta tabla, el principal problema referido fueron los desabastecimientos de fármacos en diferentes momentos de la epidemia seguidos de la omisión de medicación prescrita.

Algunos de los encuestados manifestaron en los campos de opinión libre en la encuesta la aparición de eventos adversos diversos que podrían atribuirse al uso de fármacos sin suficiente evidencia científica, tales como prolongación del Q-T y sobreinfecciones bacterianas.

f2. Incidentes según número de pacientes atendidos

Atendiendo a las respuestas obtenidas, se realizó un análisis de la tasa de incidencias declaradas en función del promedio de visitas/día referido por el encuestado. En este análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los siguientes tipos de incidentes según el número de pacientes atendidos (tabla 10):

TABLA 10

RELACIÓN DE INCIDENTES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS SEGÚN NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS/DÍA (ANÁLISIS UNIVARIANTE)	NÚMERO PACIENTES COVID-19 ATENDIDOS/DÍA
Caídas de paciente	0,025
Identificación errónea de pacientes	0,01
Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia	0,03
Problemas con resultados de laboratorio	0,02
Úlceras por presión	0,005
Dificultad para derivar el paciente a un nivel asistencial crítico /UCI	<0,001
He prescrito medicación antiCOVID-19 sin solicitar consentimiento informado	0,003
Otras	0,02
Oxigenoterapia insuficiente por problemas de las instalaciones y/o insuficiencia técnica	0,001
Duplicidad de fármacos prescritos y/o administrados	0,048
Desabastecimiento de fármacos	0,002

Los resultados indican que a mayor número de pacientes atendidos, mayor grado de detección de los incidentes de seguridad señalados. El punto de inflexión se marcó en mayor de 11 pacientes/día de visita promedio.

f3. Valoración de los incidentes según categoría profesional

Dado que cerca del 90% de los encuestados eran médicos y enfermeras, se procedió a realizar un análisis de los incidentes declarados excluyendo al resto de colectivos profesionales. Eso supuso un análisis de 404 declaraciones. Se realizó un análisis en búsqueda de diferencias de percepción según uno u otro colectivo, atendiendo a que, por sus características profesionales, las horas de contacto con el paciente podrían ser variable entre sí, además de los distintos procedimientos en los que participa cada colectivo.

Los resultados obtenidos muestran que existían diferencias de percepción de incidentes según colectivo en las siguientes situaciones (tabla 11):

TABLA 11

RELACIÓN DE INCIDENTES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL DECLARANTE (ANÁLISIS UNIVARIANTE)	DIFERENCIAS SEGÚN CATEGORÍA MÉDICO/ ENFERMERA (P)	MÁS CASOS DECLARADOS POR EL COLECTIVO:
Infecciones adquiridas relacionadas con la asistencia	0,03	Médico
Problemas con resultados de laboratorio	0,003	Médico
Úlceras por presión	0,016	Enfermería
Problemas con técnicas de imagen	0,001	Médico
Dificultad para derivar el paciente a un nivel asistencial crítico /UCI	<0,001	Médico
He prescrito medicación antiCOVID-19 sin solicitar consentimiento informado	0,003	Médico
Errores diagnósticos	0,001	Médico
Interacciones entre fármacos que no fueron valoradas	0,001	Médico
Desabastecimiento de fármacos	0,004	Médico
No administración de una medicación prescrita	0,05	Médico

Si bien ambos colectivos declararon un elevado número de incidentes vividos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en situaciones más propias de las funciones del colectivo médico, como son incidentes relacionadas con exploraciones diagnósticas, errores diagnósticos, la prescripción de medicación y/o los incidentes relacionados con la toma de decisiones de ingreso en UCI descritas por los médicos, mientras que en el caso de enfermería estuvieron más relacionadas con los cuidados del paciente, destacando de manera significativa las declaraciones de úlceras de presión. Estos datos, probablemente obvios por las funciones de cada colectivo, no van en demérito de sus actividades sino al contrario, ya que muestran más observación por el resultado de sus propias funciones.

G) Salud del profesional como segundas víctimas

Las variables analizadas se agruparon en tres bloques:

- la salud profesional, incluyendo en ellos la existencia de sintomatología sugerente de afectación psicológica y/ o física, así como el contagio o no por SARS-COV-2 (COVID-19) durante la asistencia.
- la afectación de las relaciones interprofesionales.
- la valoración sobre la disponibilidad de materiales de protección individual (EPI) durante su práctica asistencial.

Para cada uno de dichos bloques, y con el objetivo de facilitar el análisis comparativo de los datos se agruparon las respuestas en tres tipos:

- Nunca, rara vez= **nunca**
- Alguna vez, Varias veces= **Alguna vez**
- Con frecuencia, diariamente= **Frecuente/diario**

g1. Salud del profesional

En la siguiente tabla se recoge la distribución de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados sobre su salud profesional como consecuencia de su actividad asistencial durante la epidemia (tabla 12):

TABLA 12

SALUD PROFESIONAL	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE/DIARIO
En alguna ocasión el paciente o familiares me han dado las gracias	5,3%	22,2%	72,5%
He tenido miedo por mi salud en ocasiones	8,5%	43,2%	48,2%
He tenido dificultades para conciliar el sueño	13,1%	41,2%	45,6%
He tenido síntomas de angustia o ansiedad	18,6%	42,1%	38,3%
He llorado a solas en ocasiones	26,0%	35,7%	38,3%
He recibido salpicaduras o contacto con líquidos biológicos del paciente	37,8%	46,9%	14,8%
He precisado la toma de algún psicótropo	62,5%	23,1%	14,4%
Otras situaciones de riesgo personal	61,5%	26,6%	11,8%
He sido amenazado por pacientes o familiares	63,8%	28,5%	7,6%
Me he visto con la necesidad de coger la baja por el estrés que me ha causado la situación	83,9%	10,6%	5,5%
He sufrido alguna lesión física durante la asistencia	74,8%	19,6%	5,2%
He recibido alguna reclamación o denuncia	78,9%	19,4%	1,7%

*En color rojo aquella sintomatología psicológica significativamente elevada respecto al resto de cuestiones planteadas

g2. Relaciones interprofesionales

En la siguiente tabla se recoge la distribución de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados sobre las relaciones entre profesionales durante su actividad asistencial en la epidemia (tabla 13):

TABLA 13

RELACIONES ENTRE PROFESIONALES	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE/ DIARIO
He tenido que hacer funciones asistenciales no relacionadas con mi profesión	20,5%	39,9%	39,5%
He trabajado sin supervisión	36,5%	28,6%	34,9%
Me he encontrado con sobrecarga asistencial por déficits de personal	14,2%	37,0%	27,9%
He tenido problemas de comunicación con otros niveles asistenciales intra o extrahospitalarios	16,30%	58,5%	25,1%
Se ha detectado algún problema de seguridad relacionado con profesionales nuevos, suplencias, MIR, estudiantes y/o personal no habitual	22,8%	54,8%	22,3%
He tenido que tomar decisiones éticamente debatibles por la falta de recursos	45,9%	34,3%	19,8%

*En color rojo aquellas situaciones significativamente elevada respecto al resto de cuestiones planteadas

g3. Protección del profesional:

En la siguiente tabla se recoge la distribución de las respuestas obtenidas de los profesionales encuestados sobre los equipos de protección individual disponibles durante su actividad asistencial en la epidemia (tabla 14):

TABLA 14

SEGURIDAD PROFESIONAL	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE/ DIARIO
Falta de batas impermeables homologadas	16,3%	30,4%	53,3%
Falta de mascarilla FFP2 ó FFP3	19,2%	28,5%	52,2%
Necesidad de improvisar EPI con material no recomendado (bolsas de plástico, mascarillas de telas, etc)	32,3%	27,2%	40,4%
Falta de otro material de protección	32,1%	34,0%	33,8%
Falta de protección ocular de montura integral	35,9%	37,2%	26,8%
Falta de jabón y/o soluciones hidroalcohólicas	37,4%	41,8%	20,7%
Falta de guantes	51,6%	31,0%	17,3%

*En color rojo las situaciones que superaron el 80% de las respuestas sumando alguna vez+ frecuente/diario

En el análisis de las respuestas en todos los grupos de respuestas grupos, destacaron las siguientes situaciones:

- Un 98,5% de los encuestados presentaron algún síntoma compatible como segundas víctimas.
- Un 97,7% refirió haber tenido conflictos de relaciones profesionales en algún momento o frecuentemente
- Un 93,2% de los encuestados refirió haber tenido en algún momento falta de material EPI.
- De ellos, el 62% trabajaba en Hospitales de agudos, el 78% de Sistemas 061/112, el 87% de atención primaria y el 94% de centros sociosanitarios
- El riesgo de segunda víctima estuvo en relación con la carga asistencial (a partir de 11 pacientes/día el riesgo se multiplicó por 2) y las dificultades para tener EPI (p<0,05)

Analizado por **colectivos profesionales (médicos versus enfermeras)** se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas en las tres situaciones analizadas (salud del profesional, relaciones profesionales, protección del profesional):

TABLA 15

SITUACIONES DE SEGURIDAD PROFESIONAL CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL DECLARANTE (ANÁLISIS UNIVARIANTE)	DIFERENCIAS SEGÚN CATEGORÍA MÉDICO/ENFERMERA (P)	MÁS CASOS DECLARADOS POR EL COLECTIVO:
Falta de protección ocular de montura integral	0,001	médico
He llorado a solas en ocasiones	0,01	enfermería
Algunas veces he tenido problemas de comunicación con otros niveles asistenciales	0,0001	médico
He trabajado sin supervisión	0,01	médico
He tenido que tomar decisiones éticamente debatibles	0,007	médico

Ambos colectivos declararon un elevado número de incidentes relacionados con la salud profesional, las relaciones profesionales y/o los elementos de protección individual. Sin embargo, se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en el colectivo médico frente al de enfermera relacionadas con las tomas de decisiones, la supervisión de su trabajo y los problemas de comunicación con otros niveles.

Por otro lado, el colectivo enfermera manifestó más situaciones emocionales que el colectivo médico, probablemente interpretables por la mayor relación con los pacientes durante su hospitalización, así como las situaciones vividas ante la mortalidad generada y las dificultades, sobre todo en fases iniciales de la epidemia, de drenaje por las funerarias y las relaciones con el duelo expresado por las familias. Llama la atención también que ambos colectivos manifiestan por igual los problemas habidos con los equipos de protección, si bien en uno de ellos (falta de protección ocular) el colectivo médico manifestó de manera significativa su escasez.

g4. Infección por Covid 19 en los profesionales

Encontramos que el criterio de realizar o no un test diagnóstico de SARS-Cov-2 (COVID-19) fue diferente, de manera estadísticamente significativa, entre el colectivo médico y el de enfermera: el hecho de no realizarlo por ausencia de tests o porque el profesional estaba asintomático fue más frecuente en el colectivo enfermera ($p < 0,05$) mientras que el colectivo médico se realizó más test diagnósticos bajo el pretexto de tener sintomatología o conocer su situación aunque estuviera asintomático ($p < 0,05$). Sin embargo, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos colectivos al comparar si se contagiaron o no por SARS-COV-2 (COVID-19) (gráficos 8 y 9).

GRÁFICO 8: ¿TE HAS HECHO ALGÚN TEST COVID-19

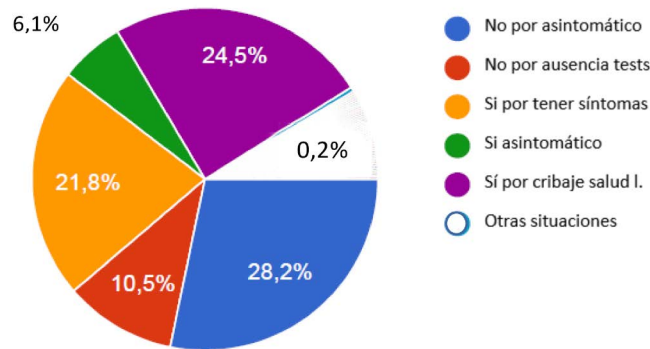
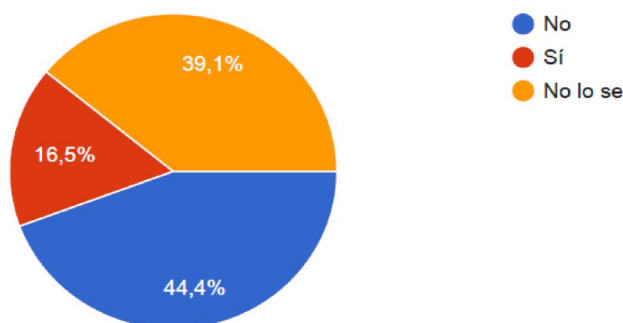


GRÁFICO 9: ¿TE HAS CONTAGIADO POR COVID-19



En el análisis por colectivos profesionales, llama la atención las diferencias estadísticamente significativas entre ambos al contestar “no lo sé” a la pregunta ¿Te has contagiado por COVID-19?: un 42% del colectivo enfermera dio dicha respuesta frente al 29% del colectivo médico.

H) Testimonios y aportaciones de los profesionales

Se recogieron un total de 286 testimonios a través de preguntas de campos de opinión libre.

Distribuidas por áreas temáticas fueron las siguientes:

- Salud profesional: 86 testimonios
- Seguridad del paciente: 106 testimonios
- Sugerencias / Acciones de mejora: 94 propuestas

Algunos testimonios de profesionales (extracto):

- Diferentes acepciones de la sedación terminal
- Al inicio de la pandemia la cantidad de pacientes nos desbordó; luego el circuito fue controlable
- El aislamiento por covid conlleva miedos e inseguridad
- Hacinamiento de pacientes en espacios no asistenciales en los inicios de la pandemia
- No tuvimos directrices institucionales claras, hubo falta de determinación de los líderes
- Se mezclaron pacientes positivos con otros posibles o no diagnosticados
- Tuvimos miedo por riesgo de contagio por los acompañantes
- Los desabastecimientos han producido que coexistieran distintas presentaciones dando lugar a riesgos de errores
- Hubo problemas de fiabilidad con los tests PCR (falsos + y falsos -) dando pie a riesgos en los aislamientos
- Problemas de ventilación de pacientes con respiradores inadecuados o adaptados
- No se hicieron correctamente aislamientos en las residencias
- Es necesario tener un plan funcional para situaciones de pandemia en las organizaciones
- Test masivos a población; mejor equipamiento al personal
- Son necesarias establecer vías de comunicación directas, rápidas y eficaces ante posibles problemas de seguridad que estén produciéndose en ese momento en la institución. Los sistemas actuales de notificación no están diseñados para poder responder a situaciones como la que hemos vivido con el covid
- Es necesario cambiar el paradigma de la gestión y productividad por el de calidad y seguridad. Indicadores de seguridad, calidad en los contratos de gestión. Dotar servicios con Profesionales adecuadamente formados y capacitados
- Pruebas de detección y pruebas serológicas a toda la población empezando por el personal sanitario y resto de trabajos esenciales
- Deben repetirse las encuestas asiduamente y exponer resultados a los dirigentes de instituciones

El análisis de todos los testimonios expresados por los encuestados formará parte del segundo informe del proyecto SEGCVID donde se analizarán las repercusiones psico-emocionales y las sugerencias de mejora aportadas por los profesionales.

5- CONCLUSIONES

1. La seguridad del paciente se ha visto comprometida por la epidemia SARS-COV-2 (COVID-19) por la saturación de pacientes y la limitación de los recursos existentes.
2. Los profesionales sanitarios manifiestan haber observado un elevado número de incidentes que afectaron a la seguridad del paciente por encima de valores considerados como “aceptables” en condiciones habituales (en algunos casos hasta 3-4 veces por encima).
3. Se evidencian diferencias de percepción estadísticamente significativas entre colectivos (médico/enfermera) en algunos tipos de incidentes de seguridad, como la detección de infecciones nosocomiales, incidentes relacionados con las exploraciones diagnósticas, errores diagnósticos o desabastecimiento de fármacos en los médicos, mientras que en el colectivo de enfermería destacan más la detección de incidentes relacionados con los cuidados.
4. El 98,5% de los profesionales encuestados presentaron en algún momento sintomatología psicológica o emocional compatible con segunda víctima.
5. El 97,5% de los profesionales declararon haber tenido conflictos de relaciones interprofesionales.
6. El riesgo de segunda víctima estuvo en relación con la carga asistencial (a partir de 11 pacientes/día el riesgo se multiplicó por 2) y las dificultades para tener EPI ($p < 0,05$).
7. El colectivo médico se practicó más test diagnósticos para comprobar su estado de salud en comparación con el colectivo enfermera ($p < 0,05$) si bien ambos colectivos se contagiaron por igual, al menos según los datos de la muestra encuestada (16,5% del total).
8. Un 15% de los profesionales tuvieron que prestar servicios en 2 ó más diferentes niveles asistenciales.
9. Los sistemas de notificación se han visto como una herramienta inhábil para controlar la seguridad del paciente en situaciones de crisis asistencial.

6- RECOMENDACIONES

- 1) Ante situaciones de epidemia o pandemia **debe considerar el impacto en la reducción de la calidad de la asistencia sanitaria**, especialmente la relacionada con la dimensión seguridad.
- 2) La alta prevalencia de algunos incidentes relacionados con la seguridad del paciente obliga a establecer **mecanismos que aseguren la posibilidad de promover y fomentar las prácticas seguras** como la prevención de las IRAS, la prevención de las úlceras o el uso seguro del medicamento.
- 3) La elevada carga asistencial se relaciona con un mayor riesgo de eventos adversos por lo que es necesario establecer **políticas de selección y formación de recursos humanos** que aseguren ratios de profesionales adecuadamente formados y entrenados adaptados a las diferentes fases de la pandemia.
- 4) **Los conflictos interprofesionales y los problemas de comunicación** pueden favorecer los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. La formación en comunicación efectiva, respuesta en situaciones de crisis (CRM) y trabajo en equipo pueden ayudar a los profesionales a la resolución de conflictos.
- 5) Es necesario analizar y evaluar los **recursos utilizados, con el objeto de garantizar siempre la disponibilidad de EPI** adecuados a los procedimientos y actividades profesionales, y, a su vez ser capaces de abastecer y proveer un stock de recursos y equipamientos suficientes ante futuras epidemias.
- 6) Son necesarios **protocolos de distribución de recursos en situaciones de saturación de pacientes con recursos limitados que ayuden a reducir el impacto emocional en los profesionales asistenciales**. Esos protocolos deben ser transparentes, compartidos y consensuados por todo el sistema sanitario y obligan a políticas globales para maximizar y redistribuir los recursos.
- 7) Es necesario **disponer de pruebas diagnósticas dirigidos a los profesionales que permitan el diagnóstico precoz**, especialmente de profesionales asintomáticos y el aislamiento para reducir el riesgo de contagio que impactan en la salud de este colectivo y reducen la disponibilidad de plantillas. Ello requiere una coordinación por parte de los Servicios de Salud laboral y protocolos homogéneos para el seguimiento de profesionales.
- 8) **Las consecuencias derivadas del estrés físico y emocional** de los profesionales ante la pandemia requieren **medidas preventivas y de soporte** para reducir el impacto a medio y largo plazo.

- 9) Deben buscarse **herramientas innovadoras para la notificación de incidentes relacionados** con la seguridad más allá de los sistemas de notificación clásicos, que estén adaptados a las características de una epidemia.
- 10) La percepción de los profesionales sanitarios sobre la seguridad del paciente aporta información relevante para establecer acciones de mejora pero es necesario considerar el uso **de otras herramientas proactivas como los mapas de riesgo ó reactivas como el análisis causa raíz para conocer los factores latentes del sistema que favorecen el riesgo asistencial.**

7- ANEXO: MODELO DE ENCUESTA

Seguridad del Paciente y del Profesional durante la epidemia Covid-19

Queremos solicitar tu colaboración. Si eres personal sanitario que ha estado en contacto directo o indirecto con la asistencia sanitaria a pacientes afectados por el Covid-19, tanto sospechosos como confirmados, puedes ayudarnos aportando tu experiencia vivida en estas semanas, tanto en lo que afecta a la seguridad del paciente como a la tuya como profesional.

Se trata de una encuesta TOTALMENTE ANÓNIMA Y VOLUNTARIA, promovida por la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP), entidad privada sin ánimo de lucro e independiente de cualquier otro organismo público o privado. Los datos recogidos serán analizados con un único fin: poner de manifiesto los problemas derivados de esta epidemia, con el objetivo de ayudar a mejorar la asistencia sanitaria ante posibles situaciones similares. Puedes conocernos a través de nuestra web fidisp.org y redes sociales twitter: @fundacionfidisp.

Contestar la encuesta te llevará unos 10 minutos. Las respuestas al formulario se contestan señalando la/s casilla/s de cada pregunta, siempre hay 6 posibilidades en cada respuesta. Es accesible para PC, tablets o smartphones. En caso de que utilices estos últimos, según el tamaño de la pantalla, desliza con los dedos la pregunta para poder ver todas las opciones de respuestas.

Importante: la encuesta solo queda grabada cuando se presiona el botón "enviar" al final de la misma. Si la dejas a medias no se puede recuperar y hay que volver a iniciar.

Queremos aprovechar para agradecerte tu colaboración y mostrar todo nuestro reconocimiento por el esfuerzo y dedicación que estas realizando, durante estos días, atendiendo a los pacientes afectados.

Muchas gracias

***Obligatorio**

Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)



HORARIO O TURNO: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Otro

GRUPO PROFESIONAL: *

Marca solo un óvalo.

- Médico
- Enfermera
- Farmacéutico
- Auxiliar clínica
- Técnico de transporte sanitario
- Técnico sanitario (radiología, laboratorio, farmacia, otros)
- Camillero /celador
- Administrativo
- Fisioterapeuta
- Personal de mantenimiento
- Informático
- Otro: _____

País *

Marca solo un óvalo.

- España
- Opción 2
- Otro: _____

4. Poner comunidad autónoma en caso de España

5. Lugar o ámbito de trabajo (admite más de una respuesta) *

Selecciona todos los que correspondan.

- EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (061 / 112)
- HOSPITAL AGUDOS
- ATENCION PRIMARIA (Area básica de Salud)
- ATENCION DOMICILIARIA / HOSPITALIZACION A DOMICILIO
- HOSPITAL INTERMEDIO / CENTRO SOCIO SANITARIO
- RESIDENCIA DE MAYORES
- SALUD MENTAL
- OTROS

6. Promedio de pacientes con infección covid-19 (sospecha o confirmados) que puede haber atendido en un día *

Marca solo un óvalo.

- < 5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- > 25

CHECK LIST SITUACIONES DE RIESGO

PREGUNTA-1

anticovid19 sin
solicitar
consentimiento
informado

He vivido
errores
diagnósticos

Otras no
contempladas
aquí

8. Otras situaciones

Escribir aquí aquellos otros problemas de seguridad que pueden haber ocurrido y que no tiene cabida en ninguna de las preguntas anteriores. El texto de escritura es libre (No incluir aquí ninguna anotación sobre temas de seguridad personal profesional que ya tiene un apartado más adelante en el cuestionario).

9. En relación con la medicación y las terapéuticas empleadas, marque la frecuencia con que se ha encontrado en las siguientes situaciones: (HAY 6 OPCIONES: SI CONTESTAS CON UN MÓVIL O TABLET DESLIZAR HORIZONTAL CON EL DEDO SI NO VES TODAS LAS RESPUESTAS) *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Varias veces	Con frecuencia	Diariamente	ns/nc
Errores por omisión de dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Errores por comisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Errores por confusión de fármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No administración de una medicación prescrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxigenoterapia insuficiente por problemas de las instalaciones y/o insuficiencia técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duplicidad de fármacos prescritos y/o administrados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interacciones entre fármacos no valoradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debastecimiento de fármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Otras situaciones con la medicación

Escribir aquí aquellos otros problemas de seguridad con la medicación que pueden haber ocurrido y que no tiene cabida en ninguna de las preguntas anteriores. El texto de escritura es libre (No incluir aquí ninguna anotación sobre temas de seguridad personal profesional que ya tiene un apartado más adelante en el cuestionario).

reclamación o denuncia							
<hr/>							
En alguna ocasión el paciente o familiares me han dado las gracias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>							
He llorado a solas en ocasiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>							
Me he visto con la necesidad de coger la baja por el estrés que me ha causado la situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>							
Otras situaciones de riesgo personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>							
<p>13. Otras situaciones</p> <p>Escribir aquí aquellos otros problemas de seguridad profesional que pueden haber ocurrido y que no tiene cabida en ninguna de las preguntas anteriores. El texto de escritura es libre</p> <p>_____</p>							

15. ¿Te has realizado algún test Covid 19? *

Marca solo un óvalo.

- No por no tener síntomas
- No porque a pesar de solicitarlo para cribaje de control, desde salud laboral no tienen tests suficientes
- Sí porque tuve síntomas
- Sí porque quería saber en que situación estaba a pesar de estar asintomático
- Sí porque en mi organización han hecho cribaje a todo el personal sanitario
- Otro: _____

16. ¿Te has contagiado por covid19? *

Marca solo un óvalo.

- No
- Sí
- No lo se

17. ¿Quieres realizar alguna aportación que pueda ayudar a mejorar la seguridad tanto profesional como de los pacientes?

GRÁFICOS Y TABLAS	PÁGINA
Gráfico 1: Periodo de realización de la encuesta y relación con la curva epidémica	9
Gráfico 2 : Distribución porcentual según categoría profesional	11
Gráfico 3: N° profesionales que trabajan en 1 solo ámbito asistencial	12
Gráfico 4: Porcentaje de profesionales que trabajan en 1 solo ámbito asistencial	12
Gráfico 5: Promedio pacientes visitados/día	14
Gráfico 6: n° visitas/contactos con pacientes covid-19 /día	14
Gráfico 7: Promedio visitas/contactos con pacientes covid-19	15
Gráfico 8: ¿Te has hecho algún test covid-19	26
Gráfico 9: ¿Te has contagiado por covid-19	26
Tabla 1: Distribución de la encuesta por Comunidades Autónomas (CCAA)	10
Tabla 2: Distribución por categoría profesional	11
Tabla 3: Distribución de encuestados que prestaban servicios en 2 ó más ámbitos	13
Tabla 4: Distribución visitas por categoría profesional médico-enfermera	15
Tabla 5: Distribución de profesionales sobre el total de visitas	15
Tabla 6: Tipo de Incidentes de Seguridad del Paciente	16
Tabla 7: Comparación de los datos de incidentes más frecuentes de la encuesta SEGCOVID con la literatura*	17
Tabla 8: Comparación de los datos de incidentes menos frecuentes de la encuesta SEGCOVID con la literatura*	18
Tabla 9: Tipos de errores de medicación declarados	19
Tabla 10: Relación de incidentes con diferencias estadísticamente significativos según número de pacientes atendidos/día (análisis univariante)	20
Tabla 11: Relación de incidentes con diferencias estadísticamente estadísticamente significativas según categoría profesional declarante (análisis univariante)	21
Tabla 12: Salud profesional	22
Tabla 13: Relaciones profesionales	23
Tabla 14: Seguridad profesional	23
Tabla 15: Situaciones de seguridad profesional con diferencias estadísticamente significativas según categoría profesional declarante (análisis univariante)	24



FUNDACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA E INNOVACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

una sociedad del grupo relyens