Estrategia para fomentar la comunicación de incidentes de seguridad del paciente en los servicios de urgencias mediante la aplicación de sistemas de Briefing

Santiago Tomás Vecina
Manel Chanovas Borrás | Fermi Roqueta Egea

Ayudas a la investigación 2012

FUNDACIÓNMAPFRE

Equipo de trabajo:

Investigador Principal:
Santiago Tomás Vecina
Programa SEMES-Seguridad Paciente
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

Equipo investigador:
Manel Chanovas Borrás / Fermi Roqueta Egea
Programa SEMES-Seguridad Paciente
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE en la Convocatoria Ayuda a la Investigación 2012

www.fundacionmapfre.org

AGRADECEMIENTOS

Los autores quieren mostrar sus agradecemientos a las siguientes personas que han colaborado en el desarrollo de este proyecto: Maria Jose Bueno Dominguez, Isabel Iturrioz, Lola Lario, Ana Gutierrez, Elisa Guiu Barragán y Naiara Gomez.

Asimismo, también quiere agradecerse el interés y apoyo de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y a Fundación MAPFRE por la ayuda a la investigación que ha facilitado el desarrollo y finalización de este proyecto,

AUTORES

Santiago Tomás Vecina

Doctor en Medicina. Médico especialista en Medicina interna. Máster en Metodología y Gestión de la Calidad Asistencial. Director del Programa SEMES-Seguridad del Paciente en Urgencias (2008-2013). Responsable de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente-Badalona Servicios Asistenciales. Director de la Fundación por la Investigación Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (**FIDISP**).

Manel Chanovas Borras

Médico especialista en medicina intensiva. Servicio de Urgencias Hospital Verge de la Cinta. Instructor SEMES Seguridad del Paciente. Co-Director Programa SEMES –SP 2008-2013.

Fermin Roqueta Egea

Médico especialista en Cirugía General. Máster en Dirección de Instituciones Sanitarias UAB. Adjunto a la Dirección Médica- Fundación Althaia Manresa. Instructor SEMES en Seguridad del Paciente. Co-Director Programa SEMES –SP 2008-2013.

Índice

Página

1. RESUMEN 5
2. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES 5
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS 7
4. METODOLOGIA 7
5. RESULTADOS 9
6. DISCUSION 11
7. CONCLUSIONES 12
8. BIBLIOGRAFIA 12
9. ANEXOS 14

1. RESUMEN (OJETIVO Y ALCANCE)

El objetivo del estudio es el diseño de una estrategia para fomentar la comunicación de incidentes de seguridad entre los profesionales de los servicios de urgencias mediante la aplicación de un sistema de "Briefing" incorporado en la rutina diaria de trabajo.

Este objetivo se pretende conseguir a partir de los siguientes objetivos operativos:

1. Diseño de un formulario de Briefing estándar de recogida de datos a partir de las experiencias previas en SU que sea aplicable por igual en cualquier SU.
2. Revisión y consenso, mediante técnicas grupales (técnica Delphi) entre expertos de la atención urgente y de la calidad asistencial, de la propuesta de herramienta de Briefing elaborada.
3. Validación entre SU hospitalarios de la propuesta de Briefing consensuada y análisis de resultados, comparativos, a su vez, con los sistemas de notificación clásicos en el mismo periodo
4. Análisis de la cultura de seguridad del SU antes y después de la aplicación/validación de la herramienta.
5. Conocer la opinión de los profesionales sobre la utilidad de un Briefing diario incorporado en los cambios de turno del servicio de urgencias.

El proyecto consta de cuatro fases

1. **Fase de diseño:** Miembros del grupo investigador diseñarán una propuesta de formulario de Briefing (FB) basado en las recomendaciones de la IHI y de los modelos pilotados en experiencias previas por Servicios de Urgencias.
2. **Fase de consenso:** Revisión y consenso de la herramienta de Briefing-Debriefing mediante Metodologíai Delphi entre expertos de calidad y seguridad del paciente
3. **Fase de validación:** El modelo de FB propuesto en la fase anterior será validado entre una selección de Servicios de Urgencias de hospitales españoles colaboradores con el Programa SEMES durante un periodo de 6 meses.
4. **Fase de diseño definitivo de Briefing:** La información recibida de la validación de los SU participantes será analizada por el grupo investigador y servirá para diseñar el FB y modelo de implantación definitivo en caso de obtenerse una confirmación positiva de la hipótesis de trabajo.

Las limitaciones más importantes reconocidas en el proyecto son:

– La focalización que representa la administración diaria de un cuestionario cerrado.
– El número de notificaciones voluntarias puede verse sesgado o limitado por la implantación de la herramienta de Briefing (el hecho de declarar en una herramienta puede justificar no haberlo hecho en otra herramienta).

2. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Una de las estrategias básicas establecidas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fomentar la cultura de la seguridad del paciente en las organizaciones, a través de la iniciativa conocida como World Alliance for Patient Safety, es *"establecer acciones para elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y establecer acciones para prevenirlos en el futuro"* [i]. Asimismo, el informe *"Seven steps to patient safety"* elaborado por la National Patient Safety Agency del Reino Unido hace especial referencia en la necesidad de promover la comunicación de eventos adversos así como el necesario aprendizaje a partir de los errores[ii]. En nuestro país, el *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud* del Ministerio de Sanidad establece la necesidad de impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes[iii].

Sin embargo, la implantación de los sistemas de notificación de eventos adversos no está exenta de dificultades, lo que da lugar a una baja sensibilidad en la detección de problemas de seguridad, especialmente debido a su infrautilización, así como por el sesgo propio de la notificación que proporciona una visión parcial de los problemas de seguridad. La falta de cultura en SP de profesionales y de las organizaciones, así como la desconfianza en la confidencialidad de las declaraciones, el carácter voluntario, la falta de tiempo y los inconvenientes en su cumplimentación son las principales limitaciones que hacen que estos sistemas no acaben de implantarse con los resultados deseados[iv].

En el año 2010, un trabajo publicado en la revista Health Affairs realizado por David Classen y colaboradores[5], demostraron, mediante el análisis comparativos de tres métodos de detección de eventos adversos a nivel hospitalario (dos nuevos: *triggers tools* y los *indicadores de calidad de la AHRQ,* y otro clásico, como el *sistema de notificación voluntaria*) que las nuevas herramientas detectaban como mínimo, hasta diez veces más eventos adversos que la herramienta clásica de notificación, llegando, incluso a detectar hasta 100 veces más eventos adversos mediante el empleo de los triggers tools. Las conclusiones del estudio llegan a cuestionar la utilidad de los métodos clásicos como la notificación y abren el debate de la búsqueda de nuevas herramientas que faciliten la comunicación, el análisis y la cultura[v].

Los Servicios de Urgencias, son, probablemente, junto con las Unidades de Cuidados Intensivos y quirófanos, las áreas hospitalarias donde existe mayor riesgo de EA. Los diferentes modelos organizativos junto con las caracteristicas intrínsecas de la atención urgente (condiciones laborales y organizativas y/o la necesidad de inmediatez en su respuesta ante la gravedad de los motivos de consulta de los pacientes) se han involucrado con ese riesgo[vi, vii, viii]. El análisis de la situación de la Seguridad del Paciente en los servicios de urgencias, conocida a través del estudio EVADUR (el análisis más importante realizado hasta el momento en los Servicios de Urgencias españoles estudiando los datos aportados por 21 centros), demuestra que, al menos un 12% de los pacientes visitados en dichos servicios pueden sufrir algún tipo de incidente, sin o con daño, de los cuales el 70% pueden ser prevenibles[ix]. En este mismo estudio, se encontró que solo un 17% de los incidentes analizados constaban en la historia clínica o habían sido notificados, lo cual demuestra la baja sensibilidad de comunicación de los mismos en dichas organizaciones. Asimismo, en el estudio sobre la Cultura en Seguridad del Paciente de los Servicios de Urgencias, tras analizar los datos de 30 servicios del Sistema Nacional de Salud[x], se evidencia como puntos claros de mejora, la escasa frecuencia de eventos comunicados, el poco feed-back y comunicación sobre errores y la baja percepción de seguridad[10]. Recientemente, un proyecto realizado por SEMES gracias a una Ayuda a la Investigación MAPFRE (2010) para el diseño de un *Mapa de Riesgos de la Atención Urgente*, ha encontrado que existen hasta 1364 situaciones de riesgo para el paciente, de las cuales 180 pueden ser potencialmente graves si no se toman acciones preventivas[xi].

Teniendo todo ello en cuenta, y sabiendo que, un 12% de las visitas pueden sufrir algún tipo de incidente, cabe esperar unos 3.150.000 incidentes en el Sistema Nacional de Salud (sobre una base de más de 26 millones de visitas urgentes/año[xii]), por lo que podemos deducir que en un entorno dificil como son los SU, con un elevado número de riesgos potenciales y con baja cultura de seguridad y comunicación, se hace necesaria la búsqueda de herramientas alternativas a la notificación, ya que ésta se muestra claramente insuficiente para detectar los problemas que surgen, especialmente aquellos incidentes que no llegan al paciente.

A partir de todas estas reflexiones, creemos que una herramienta de comunicacion práctica para el servicio de urgencias debería tener una serie de condiciones: fácil de usar, que facilite la comunicación, la participación y el feed-back entre los profesionales implicados en la asistencia, que no sea punitivo y que permita identificar entre todos los profesionales el mayor número de situaciones de riesgo y sucesos adversos, facilitando, además el aprendizaje y fomentando una cultura en seguridad. En la búsqueda de estas características, la aplicación de las nuevas herramientas testadas con los trigger tool o los indicadores de AHRQ limitan, a nuestro entender, la capacidad de participación de los propios profesionales asistenciales, al ser empleadas por profesionales dedicados a la calidad o gestores, sin la participación directa de los profesionales involucrados en la asistencia sobre los que queremos incidir.

Dentro de las alternativas posibles, los ***Briefings de Seguridad*** podrían reunir estas características mencionadas. Se trata de una herramienta para crear una cultura de seguridad y mejorar la calidad, utilizada en otros sectores profesionales, como el de la aviación u otras industrias, que aumenta la conciencia de seguridad entre los profesionales de primera línea y, permite, a su vez, desarrollar "cultura de seguridad". En el entorno sanitario ha sido adaptada y propuesta por el ***Institut for Healthcare Improvement (IHI)***[xiii] y existen algunas experiencias publicadas en servicios de farmacia, anestesia, o unidades de cuidados intensivos con resultados positivos[xiv, xv]. Los *Briefing*, en su aplicación sanitaria, consisten en reuniones breves, de 5-10 minutos, en las que participan todos los profesionales involucrados en el cambio de turno, para tratar aspectos relacionados con la seguridad del paciente en su entorno de trabajo. Se trata de una herramienta que puede integrarse de manera automática dentro de la rutina de transfer de información entre profesionales. Aplicado a un servicio de urgencias, consistiría en administrar un formulario previamente diseñado y consensuado, en el que se hace un repaso entre todos los participantes, de forma grupal, sobre factores de riesgo de seguridad o problemas concretos de incidentes acontecidos durante el turno de trabajo, invitando a los participantes a comunicarlos y recogiendo, incluso, si el paciente ha participado de su propia seguridad. La información de los Briefings debe ser a continuación analizada y contrastada por responsables designados y establecer posteriormente el denominado "Debriefing", es decir, una reunión periódica entre todos los profesionales, de mayor duración, en la que se analizan las declaraciones realizadas, se confirma o descarta que exista un problema de seguridad asociado y se establece entre todos, las posibles acciones de mejora (figura 1). De esta manera se promueve la comunicación libre no punitiva, el feed back de la información y se crea cultura de seguridad.

Como experiencia previa en la aplicación de los Briefings en Urgencias destaca la realizada por el Servicio de Urgencias del Hospital Municipal de Badalona[xvi, xvii]. A partir de un modelo de Briefing diseñado entre profesionales de Urgencias, y a partir del análisis de 1176 Briefings diarios, encontraron 388 problemas de seguridad. En el mismo periodo de tiempo, el sistema de notificación voluntaria recogió tan solo 31 notificaciones (8%). El estudio se completó de una encuesta a los profesionales, en la que el 70% consideró que era una herramienta útil, que les hacia ser más consciente de estos temas y, a su vez lo preferían por encima de la notificación.

A partir de estos antecedentes, el proyecto tiene como objetivo el desarrollar una **Estrategia para fomentar la comunicación de incidentes de seguridad en los servicios de urgencias mediante la aplicación de sistemas de Briefing.** Para ello se pretende, a través de un grupo de trabajo, diseñar un modelo de Briefing estandar para servicios de urgencias, partiendo de las experiencias previas, que pueda ser aplicable por igual en cualquier servicio, e implantarlo dentro de las rutinas diarias de los profesionales en los cambios de turno o de guardia. La estrategia se acompañaría también de actividades formativas para la implantación de la herramienta de Briefing, así como de instrumentos de evaluación de su efectividad.

El proyecto se englobaría dentro de las acciones del **PROGRAMA SEMES-Seguridad del Paciente**[xviii], que vienen desarrollándose desde 2008 entre las que destacan el estudio EVADUR[9], el estudio CULTURA[10], asi como el **Mapa de Riesgos de la Atención Urgente,** recientemente realizado con una **Ayuda MAPFRE 2010**[11] y/o la campaña de difusión "**En Urgencias la Seguridad del Paciente está en nuestras manos"** fruto de la colaboración entre **Fundación MAPFRE** y **SEMES**[18, xix]. Todos estos trabajos se utilizarán como base para el diseño de la herramienta propuesta.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS: El fomento de la cultura de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias y el incremento de la comunicación de situaciones de riesgo e incidentes para su posterior estudio puede obtenerse mediante la aplicación de una herramienta que esté incorporada en las rutinas diarias de los profesionales, que sea participativa y que facilite la comunicación y el feed-back entre los profesionales implicados en la asistencia.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es el diseño de una estrategia para fomentar la comunicación de incidentes de seguridad entre los profesionales de los servicios de urgencias mediante la aplicación de un sistema de "Briefing" incorporado en la rutina diaria de trabajo.

Este objetivo se pretende conseguir a partir de los siguientes objetivos operativos:

1. Diseño de un formulario de Briefing estándar de recogida de datos a partir de las experiencias previas en SU que sea aplicable por igual en cualquier SU.
2. Revisión y consenso, mediante técnicas grupales (técnica Delphi) entre expertos de la atención urgente y de la calidad asistencial, de la propuesta de herramienta de Briefing elaborada.
3. Validación entre SU hospitalarios de la propuesta de Briefing consensuada y análisis de resultados, comparativos, a su vez, con los sistemas de notificación clásicos en el mismo periodo
4. Análisis de la cultura de seguridad del SU antes y después de la aplicación/validación de la herramienta.
5. Conocer la opinión de los profesionales sobre la utilidad de un Briefing diario incorporado en los cambios de turno del servicio de urgencias.

4. METODOLOGIA

MÉTODO DE TRABAJO:

El proyecto dispone de las siguientes fases de trabajo:

1. **Fase de diseño:** Miembros del grupo investigador diseñarán una propuesta de formulario de Briefing (FB) basado en las recomendaciones de la IHI [13] y de los modelos pilotados en experiencias previas por Servicios de Urgencias [16-17].

   En base a las recomendaciones anteriores, la propuesta de FB deberá contemplar tres grupos de preguntas:

   a. **Identificación de situaciones potenciales de riesgo para el paciente**: Listado de cribaje de *situaciones de posibles riesgos* que hayan acontecido, aunque ello no suponga necesariamente la existencia de un suceso adverso (se pretende con ello la revisión diaria de dichas situaciones para valorar si se han acompañado o no de problemas de seguridad). Para ello se empleará la información existente en el Mapa de riesgos de la Atención Urgente de SEMES [11].

   b. **Identificación de posibles eventos adversos**: Listado de cribaje de *posibles sucesos adversos* que por su frecuencia o importancia pueden suceder en los servicios de urgencias. Como fuente de información se emplearán los datos del estudio EVADUR[9] escogiendo aquellos eventos adversos más frecuentes o bien de mayor impacto sobre el paciente, así como las experiencias previas de modelos pilotados por Servicios de Urgencias [16-17]. Su objetivo es repasar diariamente la posible aparición de alguno de ellos que no haya sido declarada.

   c. **Descripción del grado de participación del paciente:** Listado de cribaje de *situaciones en las que el paciente haya sido partícipe de su propia seguridad* (comunicaciones del paciente o su entorno en la detección de problemas de seguridad).

   EL FB deberá recoger, además, variables referentes a la fecha y turno del Briefing y número de participantes en cada sesión.

Asimismo, el grupo investigador propondrá:

– el circuito de implantación del FB, basado en las propuestas de la IHI y experiencias previas [13, 16-17], para su administración dentro de las rutinas diarias del servicio de urgencias (ANEXO 2).

– La actividad formativa que debe realizarse en los Servicios de urgencias referente al empleo del Briefing y su posible utilidad (formación sobre Briefing).

2. **Fase de consenso:** Revisión y consenso del FB. A partir de aquí, se iniciará una etapa de consenso prevista a dos vueltas, en las que participarán un máximo de 15 personas que conozcan o tengan experiencia en la atención urgente en general y/o expertos en calidad asistencial y seguridad del paciente. Los consultores revisarán el modelo de FB propuesto, así como el circuito de implantación y la formación.

   La selección de dichas personas será realizada a propuesta de los miembros del grupo de trabajo. Esta etapa de consenso se realizara mediante técnica "Delphi" [xx]. En la primera ronda de consenso, las opciones seran a) de acuerdo con el factor de riesgo, b) de acuerdo pero con modificaciones, explicitando cada una de las modificaciones, c) desacuerdo total (eliminar el factor de riesgo). El grupo de trabajo valorará todas las respuestas eliminando las preguntas en las que más del 80% de los consultores estén en desacuerdo. En la segunda ronda de consenso, las opciones serán: a) de acuerdo con la pregunta sin incorporar ninguna modificación, b) de acuerdo, pero incorporando una o más de las modificaciones incluidas en la lista, c) desacuerdo total (eliminar la pregunta). El grupo de trabajo considerará y valorará todas las respuestas, incorporando las modificaciones aprobadas por más del 75% de participantes. El documento así obtenido será considerado como FB preparado para su validación.

3. **Fase de validación:** El modelo de FB propuesto en la fase anterior será validado entre una selección de Servicios de Urgencias de hospitales españoles colaboradores con el Programa SEMES durante un periodo de 6 meses. De éstos, los participantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

   a. Realizar diariamente al menos una sesión de cambio de turno en su Servicio ("morning") tanto por médicos como por la enfermería del servicio, o bien compromiso de realización a partir del inicio de la validación.

   b. Disponer de un sistema de notificación voluntaria al menos en su centro hospitalario.

   c. Autorización del centro para participar en la validación del FB

   d. Compromiso para la realización de al menos un Briefing diario en los cambios de turno.

   Los participantes en la validación deberán realizar los siguientes pasos:

   a. Nombrar un investigador representante del servicio de urgencias, preferiblemente con título de *Instructor SEMES en Seguridad del Paciente*[18]. Éste participará en las reuniones de trabajo con el grupo investigador previas a la validación y recibirá una actividad formativa sobre el modelo Briefing y su implantación que deberá, posteriormente, transmitir a su equipo de Urgencias, debiendo de crear un equipo de trabajo interno.

   b. Administrar, previamente a la validación, la versión española del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) (traducida y validada por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo)[xxi].

   c. Realizar una actividad formativa para todo los profesionales del Servicio de Urgencias sobre el modelo Briefing y su implantación.

   d. Implantación del modelo Briefing y administración diaria del FB durante el periodo de validación.

   e. Realización de sesiones de deBriefing periódicas en el SU para análisis de los datos y acciones de mejora implantadas

   f. Introducción de datos en página web específica para su explotación posterior.

   g. Al finalizar la validación, los investigadores de cada centro participante deberán administrar un modelo de encuesta para conocer la opinión de los profesionales sobre la herramienta

   h. AL finalizar el proyecto (1 año) los participantes deberán volver a realizar la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)[21] para valorar su influencia sobre el clima de seguridad de la organización

   Los participantes deberán aportar también sus opiniones sobre el FB: a) de acuerdo con la pregunta, b) de acuerdo pero con modificaciones, explicando cada una de las modificaciones, c) desacuerdo total (recomendación de eliminar la pregunta del FB). Se contempla la posibilidad de sugerir nuevas incorporaciones al cuestionario

4. **Fase de diseño definitivo:** La información recibida de la validación de los SU participantes será analizada por el grupo investigador y servirá para diseñar el FB y modelo de implantación definitivo en caso de obtenerse una confirmación positiva de la hipótesis de trabajo.

5. RESULTADOS

Fase de diseño: *Miembros del grupo investigador diseñarán una propuesta de formulario de Briefing (FB) basado en las recomendaciones de la IHI y de los modelos pilotados en experiencias previas por Servicios de Urgencias*

- *Periodo:* Febrero-mayo 2013
- *Constitución del grupo de trabajo* formado por los miembros del equipo Investigador y representantes de 6 hospitales con experiencia práctica en desarrollo de Briefings: Hospital de Palamós, Clínica Hospitalaria de Navarra, Hospital Sant Joan de Reus, Hospital Valle de Nalón-Asturias, Hospital La Seu d'Urgell, Hospital de Torrejón –Madrid.
- *Diseño de formulario de Briefing:* El grupo de trabajo ha realizado el primer diseño de formulario de Briefing, las recomendaciones sobre su aplicación y el circuito funcional de administración, de acuerdo con la metodología descrita en la memoria del Proyecto

  El formulario se ha diseñado teniendo en cuenta las siguientes fuentes de información, todas ellas han sido analizadas previamente por el grupo investigador.

  – Mapa de Riesgos de la Atención Urgente (Ayuda Mapfre-2010)

  – Estudio EVADUR: análisis de los 452 pacientes que presentaron 505 eventos.

  – Estudio cultura seguridad: análisis de los datos de 1300 encuestas (encuestaAHRQ)

  – Estudio ACR: análisis de la base de datos de ACR del Programa SEMES-Seguridad Paciente (base de los instructores en seguridad del paciete)

  – Experiencia piloto del Hospital Municipal de Badalona sobre 1176 briefings

  Se han seleccionado las preguntas del briefing, basándonos en las fuentes de información descritas, para dar respuesta a los 3 grupos de preguntas contemplados en la metodología del diseño

  – Identificación de situaciones potenciales de riesgo para el paciente:

  – Identificación de posibles eventos adversos:

  – Descripción del grado de participación del paciente
- *Otros materiales diseñados:* Se ha definido también los siguientes materiales:

  – Material formativo para los profesionales sobre el sistema briefing-debriefing. Material en formato powerpoint.

  – Encuesta de valoración de la herramienta dirigida a los profesionales (ver anexos)

  – Parrilla de Indicadores de validación previstos

Fase de consenso: *Revisión y consenso de la herramienta de Briefing-Debriefing.*

- *Periodo*: mayo-octubre 2013
- *Evaluación Delphi:* El formulario propuesto se remitió a 15 profesionales vinculados con servicios de urgencias y con la calidad asistencial, para su evaluación siguiendo la técnica Delphy en dos rondas, según la metodología descrita en la memoria del proyecto A partir de su diagnóstico (aceptado, rechazado o con modificaciones) se rediseñó el documento y material auxiliar para su validación posterior. Los informes aportados por los expertos fueron revisado por el grupo de trabajo y se hicieron las modificaciones pertinentes. Los expertos han revisado no solo la herramienta Briefing propuesta sino también el material formativo para los profesionales sobre el sistema, así como la encuesta de valoración de la herramienta dirigida a los profesionales y también los Indicadores de validación previstos.

Fase de validación: *El modelo de FB propuesto en la fase anterior será validado entre una selección de Servicios de Urgencias de hospitales españoles colaboradores con el Programa SEMES durante un periodo de 6 meses*.

- *Periodo*: noviembre 2013- abril 2014
- *Selección de Hospitales participantes:* Para la validación se han seleccionado los hospitales a los que estaban adscritos los miembros del grupo de trabajo, más hospitales invitados a participar en la validación, de acuerdo con los criterios y requisitos contemplados en el material y métodos del proyecto.

  La relación final de participantes ha sido la siguiente:

  – Hospital Municipal de Badalona

  – Fundación Althaia de Manresa

  – Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

  – Hospital General de Palamós

  – Clínica Universitaria de Navarra

  – Hospital Universitario de Torrejón

  – Hospital Sant Joan de Reus (Taragona)

  – Hospital Virgen del Nalón (Asturias)
- *Pasos validación*:

  1. *Adminsitración y aplicación de la versión española del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)* (traducida y validada por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo): Se ha aplicado en cada centro participante, con el objetivo de conocer el nivel de cultura de seguridad de la organización previa a la aplicación

de la herramienta. En total se han recibido 324 encuestas practicadas a médicos y enfermeras de los servicios de urgencias de los centros participantes. Los datos obtenidos de las 52 preguntas se utilizarán también para correlacionarlas con el grado de respuestas y eventos adversos detectados por el modelo de briefing. Se ha emitido un informe individualizado para cada centro participante sobre la situación de cultura de seguridad en su centro o servicio.

2. *Formulario intoducción datos online:* se ha construido un formulario para la introducción de datos vía onlne a través de página web específica para el estudio, de acuerdo con el material y método del proyecto. El formulario permite la confidencialidad de cada centro en el momento de introducir datos. La inclusión directa acelerará el proceso de análisis estadístico al finalizar el estudio. El formulario es accesible a través del enlace FORMULARIO WEB BRIEFING

3. *Fecha inicio validación herramienta:* 1 de diciembre, para facilitar la realización de las actividades formativas de la misma previas a la propia validación. Se produjeron variaciones entre los centros participantes en la elección de la fecha de inicio, debido a circunstancias organizativas internas, fenómeno ya contemplado en el apartado limitaciones del estudio.

4. *Realización de actividad formativa para todo los profesionales* del Servicio de Urgencias sobre el modelo Briefing y su implantación: se ha realizado actividad formativa previa a la validación del modelo de briefing al personal implicado en los servicios de urgencias participantes. El material didáctico empleado ha sido el diseñado por el equipo de trabajo descrito en la Fase de diseño.

5. *Implantación del modelo Briefing y administración diaria del FB durante el periodo de validación:*

   • Número de briefings válidos realizados: 444 briefings

   • Datos globales de los briefings realizados: ver ANEXOS

6. *Realización de sesiones de deBriefing periódicas en el SU* para análisis de los datos y acciones de mejora implantadas:

   • Número total de sesiones de debriefing realizadas: 15 sesiones entre todos los participantes

   • Características de las sesiones ver ANEXOS

7. *Encuesta de opinión entre los participantes:*

   • Número de encuestas realizadas

   • Características de las encuestas ver ANEXOS

8. *Análisis y validación de resultados*

   • Periodo: abril-mayo 2014

   • Fuente: 444 briefings incluidos en el formulario web del estudio

   • Análisis global de resultados: se adjunta a continuación se presenta el **RESUMEN** de las variables de validación analizadas, de acuerdo con la relación recogida en la memoria del proyecto de investigación.

Variables de validación analizadas

– Número de Briefings realizados por cada SU participante: **444 briefings**

– Número de situaciones de riesgo detectadas por briefing**: 989**

– Pacientes afectados por las situaciones de riesgo**: 1658**

– Sucesos adversos detectados a través de Briefing: **1199 sucesos**

  • **Casi incidentes/ incidentes que no llegan: 33,8%**

  • **Incidentes que llegan al paciente pero no causan daño: 52,4%**

  • **Incidentes con daño para el paciente: 19%**

– Ratio Incidente/ paciente en riesgo= **72,3%**

– Sucesos adversos acontecidos en el SU notificados en el sistema de notificación voluntaria del centro: **89 sucesos**

– Número de sucesos adversos notificados y no detectados a través de Briefing : **no analizado**

– Número de sucesos adversos detectados a través de breafing y no notificados: **1110 sucesos**

– Número de sucesos adversos detectados por la participación del paciente en su seguridad **52 sucesos**

– Número de sucesos adversos detectados a través del listado de cribaje de situaciones de riesgo: **312 sucesos**

– Número de sucesos adversos detectados a través del listado de cribaje de eventos adversos: **887 sucesos**.

– Relación de acciones realizadas ante los sucesos adversos detectados: **68 acciones**

– Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de las dimensiones contempladas en el FB : **no analizado**

– Número de participantes en las sesiones de Briefing diario: **media 8,1 (± 3,02) participantes**

- Número de participantes en las sesiones de Debriefing: 10,14 (±**4,95) asistentes**
- Análisis de las diferencias encontradas entre Briefing realizado por colectivo médico y el realizado por colectivo enfermería: **no realizado.**
- Análisis de las encuestas de opinión del modelo Briefing nº encuestas **131**
- Análisis de los cuestionarios sobre Cultura de Seguridad y comparación entre fase pre-validación y fase pos-validación: **nº encuestas: 324**
- Relación con el Volúmen de urgencias visitadas en el periodo del estudio, el índice de ingresos y la presión de urgencias (relación entre incidentes y saturación): ver ANEXOS

En el anexo 7 se presenta la tabla resumen de estos resultados y su relación con la pregunta del briefing

Fase de DISEÑO DEFINITIVO DE BRIEFING: *La información recibida de la validación de los SU participantes será analizada por el grupo investigador y servirá para diseñar el FB y modelo de implantación definitivo en caso de obtenerse una confirmación positiva de la hipótesis de trabajo.*

El grupo investigador, una vez analizado los datos obtenidos en la validación, ha propuesto un modelo de briefing para los servicios de urgencias, dado que los resultados confirman la hipótesis de trabajo y se muestra como una herramienta aceptable para mejorar la cultura de la seguridad y la detección de eventos adversos.

En el anexo 1 se presenta el modelo propuesto

6. DISCUSION

Los resultados obtenidos en la aplicación de brieifing demuestran que es una herramienta sensible y eficaz para la detección de stiauciones de riesgo y probables incidentes de seguridad del paciente en entorno de alto riesgo asistencial, como los servicios de Urgencias.

La herramienta ha mostrado la capacidad de detección de incidentes y eventos por encima del sistema de notificación, en una proporción de detección de 100 incidentes/eventos más a través de briefing por cada 7,4 notificaciones (o 13,4 incidentes/eventos detectados por briefing por cada notificación declarada).

En el desarrollo del briefing ha sido importante disponer de fuentes de datos sobre la situación de riesgos asistenciales en urgencias En este sentido, las fuentes de información utilziadas, como el estudio EVADUR, el estudio cultura, el mapa de riesgos de urgencias y las fuentes de análisis de casos y notificaciones de los centros participantes han permitido configurar una herramienta que es capaz de detectar los incidentes en Urgencias de manera rápida y sencilla.

La herramienta cumple con los criterios planteados en la justificación del proyecto:es una herramienta de comunicacion práctica para el servicio de urgencias ya que facilite la comunicación en equipop, la participación y el feed-back entre los profesionales implicados en la asistencia y permite identificar entre todos los profesionales el mayor número de situaciones de riesgo y sucesos adversos, facilitando, además el aprendizaje y fomentando una cultura en seguridad. Además, el briefing ha permitido detectar el nivel de participación del paciente en su propia seguridad.

Entre las limitaciones observadas por los comentarios aportados por los participantes, se destacaría la necesidad de resumir el número de preguntas finales, implicar más al resto del equipo asistencial y no asistencial, debido a la desconfianza inicial por desconocimiento de la herramienta, y el papel del coordinador o lider del briefing en la necesidad de mantener la constancia de su revisión diaria a pesar de la sobrecarga asistencial. Se ha destacado el efecto que tiene sobre fomentar la cultura de seguridad en la organización.

El número de sesiones de debriefing ha sido, a nuestro parecer, algo inferior al esperado teórico. Ello ha sido debido a la dificultad de reunir en una única sesión periódica a todos los miembros del equipo asistencial como consecuencia de las características organizativas y de horarios laborales que tienen los servicios de urgencias. Este es un aspecto a mejorar para facilitar la implantación de la herramientas y el feed back de mejora. En este sentido la puesta en marcha de 68 acciones de mejora nos ha parecido al grupo investigado un dato suficientemente interesante para apoyar la implantación de esta herramienta y las sesiones de seguridad.. La mayoría de los encuestados han encontrado como elemento positivo la búsqueda de soluciones ante problemas potenciales derivados sobre todo de equipos, utillaje o medicacion. La aceptación global de la herramienta ha sido satisfactoria por parte del equipo investigador, con una puntuación global de 7 puntos, valor que manifiesta su interés pero también las necesidades de mejora.

El briefing y la cultura de seguridad supone un cambio de mentalidad que precisa de tiempo, pero creemos que la aplicación de este tipo de herramientas en los servicios de urgencias puede mejorar la seguridad del paciente gracias a su capacidad de facilitar la comunicación y el anàlisis.

7. CONCLUSIONES

1. Se ha diseñado una herramienta de briefing en formato formulario que permite detectar las situaciones de riesgo en un servicio de urgencias, pacientes potencialmente afectados y los sucesos adversos posibles.
2. El modelo de briefing propuesto permite detectar 100 incidentes o eventos más por cada 7,4 notificaciones realizadas en Urgencias (o 13,4 incidentes/eventos por cada notificación).
3. El modelo de briefing obliga a una investigación y solución inmediata de situaciones de riesgos potenciales, dato apreciado por los profesionales y pacientes
4. Un total de 68 acciones de mejora se han puesto en marcha gracias a la realización de briefings entre los hospitales participantes.
5. La satisfacción de los profesionales es considerada como "notable" si bien existen todavía campos de mejora para la aplicación rutinaria de la herramienta
6. Los brifiengs pueden y deben incorporarse en la rutina diaria asistencial de los servicios de urgencias como una herramienta útil para generar cultura de seguridad y reducir los riesgos asistenciales.

8. BIBLIOGRAFIA

1. World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action. Geneva, Switzerland World Health Organization 2005. (Consultado 04-03-2012). Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
2. Osborn S., Williams S. Seven steps to patient safety. An overview guide for NHS staff. Londres: The National Patient Safety Agency 2a Edicion, Abril *2004.* (Consultado 04-03-2012). Disponible en: http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/7steps/
3. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007. (Consultado 04-03-2012). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf
4. J. Bañeres, E. Cavero, L. López, C. Orrego y R. Suñol Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. (Consultado 04-03-2012). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
5. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, Whittington JC, Frankel A, Seger A, James BC. 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff (Millwood). 2011 Apr;30(4):581-9.
6. Chanovas Borras M, Campodarve I, Tomas Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?. Monografías Emergencias 2007; 3: 7-13
7. Tomás S, Duaso E, Ferrer JM, Rodríguez M, Porta R, Epelde F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. An Med Intern (Madrid) 2000;17: 229-37.
8. Peiro S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchís R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. Med Clin (Barc) 1996;107:124-9.
9. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia

en los Servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428.

10. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borras M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Emergencias. 2011;23:356-64.
11. Tomás Vecina S, Bueno Dominguez MJ, Chanovas Borrás M, Roqueta Egea y Grupo de trabajo Mapa de Riesgos-SEMES. Diseño y validacion de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Trauma (en prensa)
12. Establecimientos sanitarios con régimen de internado. Instituto Nacional de Estadística 2008. (Consultado 10 Mayo 2009). Disponible en: http:// www.INE.es.
13. Safety Briefings. Institute for Healthcare Improvement Boston, 2004, Massachusetts, USA. Disponible en: http://www.ihi.org/knowledge/Pages/ Tools/SafetyBriefings.aspx (página consultada 1-10-12)
14. Menéndez MD, Martínez AB, Fernandez M, Ortega N, Díaz JM, Vazquez F. Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. Rev Cal Asist, 2010; 25(3):153-160
15. Chico Fernández M, García Fuentes C, Alonso Fernández MA, Toral Vázquez D, Bermejo Aznárez S, Sánchez-Izquierdo Riera JA; Alted López E. Desarrollo de una herramienta de comunicación para la seguridad del paciente (Briefing). Experiencia en una unidad de cuidados intensivos de trauma y emergencias. Med Intensiva 2012; 36: 481-487.
16. Tomás S. Briefings. Una herramienta de detección útil en Urgencias. II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias. Libro abstracts.Toledo noviembre 2011.
17. Tomás S. Briefing y debriefing. Una buena manera de hacer seguridad. III Jornadas de Seguridad del Paciente en el SESCAM. Libro abstracts.Albacete, mayo 2011.
18. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias 2012; 24: 225-233
19. "En URGENCIAS, la seguridad del paciente está en nuestras MANOS". FUNDACIÓN MAPFRE 2012. Disponible en: http://www.conmayorcuidado.com/ manos/index.htm (página consultada 1-10-12)
20. Rowe G , Wright G. The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. International Journal of Forecasting 1999; 15: 353-375
21. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: http://www.msc. es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf

9. ANEXOS

RELACIÓN DE ANEXOS PRESENTADOS

Anexo 1.- **Ficha de Briefing final. Modelo de formulario**

Anexo 2.- **Ficha 2 de Briefing: Modelo de control de incidente adverso por paciente afectado**

Anexo 3.- **Circuito de administración de Briefing validado y adoptado como definitivo**

Anexo 4.- **Instrucciones definitivas para la administración de Briefing**

Anexo 5.- **Modelo de encuesta de valoración de los profesionales diseñada por el grupo de trabajo para briefing**

Anexo 6.- **Resultados globales aplicacion briefings**

Anexo 7.- **Resultados actividad debriefing**

ANEXO 1. FICHA DE BRIEFING FINAL

Modelo de formulario

		FECHA:		Nº URGENCIAS VISITADAS:					
		HORARIO O TURNO:		CAPACIDAD ATENCIÓN FIJA AREA BRIEFING ANALIZADA:					
		NUMERO DE PARTICIPANTES EN EL BRIEFING:		Nº ENFERMOS EN EL AREA ANALIZADA EN EL MOMENTO DEL BRIEFING:					
		GRUPO PROFESIONAL: Med Enferm Ambos		HORES DE DEMORA MÁXIMA EN EL MOMENTO DEL BRIEFING:					
				INDICE SATURACION					
	CHECK LIST situaciones de riesgo								
					NO	**SI**	**Nº TOTAL PACIENTES**	**Nº TOTAL INCIDENTES/ EVENTOS (describir individualmente control reverso)**	**Nº TOTAL NOTIFICADOS**
1	HA HABIDO ALGUN PACIENTE QUE HAYA NECESITADO UNA ATENCIÓN INMEDIATA NO PREVISTA?								
2	-HA HABIDO PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAL SANITARIO DEL PROPIO SERVICIO								
3	HA HABIDO PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES INTRA O EXTRAHOSPITALARIOS								
4	HA HABIDO PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON PACIENTES O FAMILIARES								
5	HA HABIDO ALGUN PACIENTE QUE HAYA PLANTEADO ALGUNA SITUACION DE SEGURIDAD? En caso de Sí especificar cuántos								
6	Se ha detectado algún problema de seguridad relacionado con profesionales nuevos, suplencias, MIR, estudiantes y/o personal no habitual								
7	Se ha detectado algún problema de identificación de pacientes (incluido muestras o pruebas)								
8	Se ha detectado algún problema de seguridad en relación con las pruebas complementarias? (incluido mal o no funcionamiento aparato pruebas)								
9	ha habido algun resultado crítico no alertado por (laboratorio, radiologia, endoscopia, ECG.....)								
10	Ha habido problemas con los equipos de electromedicina, equipamiento o utillaje?								
11	Se han detectado problemas relacionados con el diagnóstico (error, retraso, otros) con repercusión sobre el paciente								
12	Se han detectado problemas con la medicación, fluidoterapia u oxigenoterapia (prescripción, dispensación, preparación, adminsitración, monitorización,								
13	Se han detectado problemas con la medicación de alto riesgo (opiáceos, antiarritmicos, inotrópicos, fibrinolíticos, otros)								
14	Se han detectado problemas en la realización, mantenimiento y/o retirada de un procedimiento o técnica (accesos vasculares, sondajes urinario, nasogástrica, otros)								
15	Ha habido lesiones de un paciente (caída, autolisis, úlceras o escaras, problemas con yesos)								
16	Ha habido algún problemas de seguridad en pacientes con contenciones								
17	Ha habido alteraciones metabólicas no previstas de aparición durante su estancia en urgencias (hipoglicemia, K, Ca, otros)								
18	Algún paciente ha sufrido algún déficit neurológico, hemodinámico y/o respiratorio no previsto de aparición durante su estancia en urgencias?								
19	Ha habido algún PCR o muerte no esperada?								
20	Se ha detectado algún problema con el circuito y proceso de transfusiones								
21	Ha habido problemas en el traslado interno o externo de algún paciente (monitorización, documentación, movilización, acompañantes...)								
22	Ha habido problemas con historia clínica informatizada (todo tipo incluido problemas sistema)								
23	HA HABIDO ALGUN PROBLEMA DE SEGURIDAD CLINICA POR TEMAS ORGANIZATIVOS O DE CIRCUITOS NO INCLUIDO EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES								
	censo actual								
	Nº Pacientes con ingreso cursado:								
	Nº Pacientes pendientes de pruebas complementarias o especializadas:								
	Nº Pacientes pendiente de alta:								
	Nº Pacientes pendiente de Trabajo Social:								

ANEXO 2. FICHA 2 DE BRIEFING

Modelo de control de incidente adverso por paciente afectado

DESCRIPCION POR PACIENTE E IMPACTO		Marcar con una X la columna correspondiente al impacto sobre el paciente de la situación de riesgo detectada								
PREGUNTA	PACIENTE	El efecto no ha ocurrido pero estuvo a punto de ocurrir	El incidente ha ocurrido pero fue detectado antes de llegar al paciente	El incidente ha ocurrido y ha afectado a un paciente pero no ha sufrido daño	El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño temporal	El efecto ha ocurrido y el paciente ha estado en una situación crítica	El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño permanente	El efecto ha ocurrido y el resultado del mismo ha sido la muerte del enfermo	Descripción Incidente/Evento adverso	Se ha realizado alguna acción correctora (si/no)

ANEXO 3. CIRCUITO DE ADMINISTRACIÓN DE BRIEFING VALIDADO Y ADOPTADO COMO DEFINITIVO

ANEXO 4. INSTRUCCIONES DEFINITIVAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE BRIEFING (SEGÚN RESULTADOS VALIDACIÓN)

INSTRUCCIONES

1. El Briefing debe ser realizado en cada cambio de turno tanto médico como de enfermería.
2. En los casos que no sea posible, se recomienda realizar el briefing AL MENOS una vez al día, siendo aconsejable sea practicado en el turno de la mañana
3. Es recomendable que el briefing se realice conjuntamente entre médicos y enfemería en una sola sesión. En los casos que organizativamente no sea posible, se permite la realización por separado
4. Previamente a la implantación del Briefing en un servicio de urgencias, es preciso realizar una actividad formativa para sus miembros con el objetivo de conseguir fomentar la cultura de seguridad y la participación en el modelo.
5. Debe existir siempre un COORDINADOR del Briefing, cuyas funciones serán: liderazgo del briefing, recogida de datos del formulario y seguimiento.
6. El coordinador de Briefing debe tener formación de base en Seguridad del Paciente (recomendable Instructor SEMES en SP)
7. Es necesario que en cada Servicio de Urgencias exista un Comité de Seguridad del Paciente propio. Este comité será el responsable de analizar las declaraciones y los resultados de la investigación realizada a proposito de los briefings (“Debriefing”)
8. Se recomienda el análisis de los datos recogidos el mismo día de la declaración o dentro de las primeras 24 horas
9. El comité de seguridad del Paciente del Surg definirá que personas deben analizar diariamente las declaraciones realizadas
10. Los datos recogidos en los briefing deben ser introducidos en una base de datos para su seguimiento posterior
11. Las declaraciones de sucesos acontecidos en días anteriores y que no se hubieran realizado por olvido o ausencia del declarante, se introducirán en el briefing del día en que se comunique,.
12. El comité de Seguridad del Paciente deberá definir las estrategias que considere necesarias delante de los problemas de seguridad detectados
13. Es necesario que el comité de seguridad realice periódicamente (¿al menos una vez al mes?) una sesión informativa a los miembros del servicio-médicos y enfermería- sobre los resultados obtenidos y estrategias definidas (“Feed back comunicación briefings)
14. Es recomendable que, a pesar de la declaración de los posibles incidentes en el briefing, se estimule la notificación voluntaria de los sucesos detectados
15. Es recomendable que se aplique al mes de la implantación una encuesta a los profesionales conociendo su opinión. Se adjunta modelo de encuesta. Es aconsejable que al menos una vez al año sea repetida

ANEXO 5. MODELO DE ENCUESTA DE VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DISEÑADA POR EL GRUPO DE TRABAJO PARA BRIEFING

Encuesta sobre la herramienta de Seguridad del Paciente Briefing

Agradeceríamos su colaboración en la realización de esta encuesta que tiene como objetivo conocer y valorar la utilidad del briefing como herramienta para detectar incidentes y eventos adversos **y con ello poder mejorar la Seguridad del Paciente durante su atención en nuestros servicios de Urgencias.**

– La encuesta es anónima.

– Marque con una cruz las casillas que correspondan.

Categoría profesional:

– Médico/a ☐

– Enfermero/a ☐

– Farmacéutico/a ☐

– Otros: ☐

1. ¿Piensa que se han identificado los problemas de Seguridad del Paciente que acontecen realmente en su servicio de Urgencias?

Siempre	Casi siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca/ casi nunca	NS/NC

2. ¿Cómo valora la información que puede aportar el briefing en la mejora de la Seguridad de Paciente en su servicio?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	NS/NC

3. ¿Considera que la duración del Briefing es adecuada?

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC

4. ¿Piensa que han participado activamente gran número de profesionales de su servicio?

Siempre	Casi siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca/ casi nunca	NS/NC

5. ¿Cree que se ha realizado un feedback adecuado del análisis de la información obtenida de los briefings?

Siempre	Casi siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca/ casi nunca	NS/NC

6. ¿Cree que la realización del briefing y el posterior análisis ha supuesto la implementación de mejoras en su servicio?

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC

Si está de acuerdo, ¿puede explicar algún ejemplo significativo?

_____

_____

_____

_____

7. Valore del 0 al 10 su grado de satisfacción global con esta herramienta. Teniendo en cuenta que 0 significa nada satisfecho y 10 muy satisfecho.

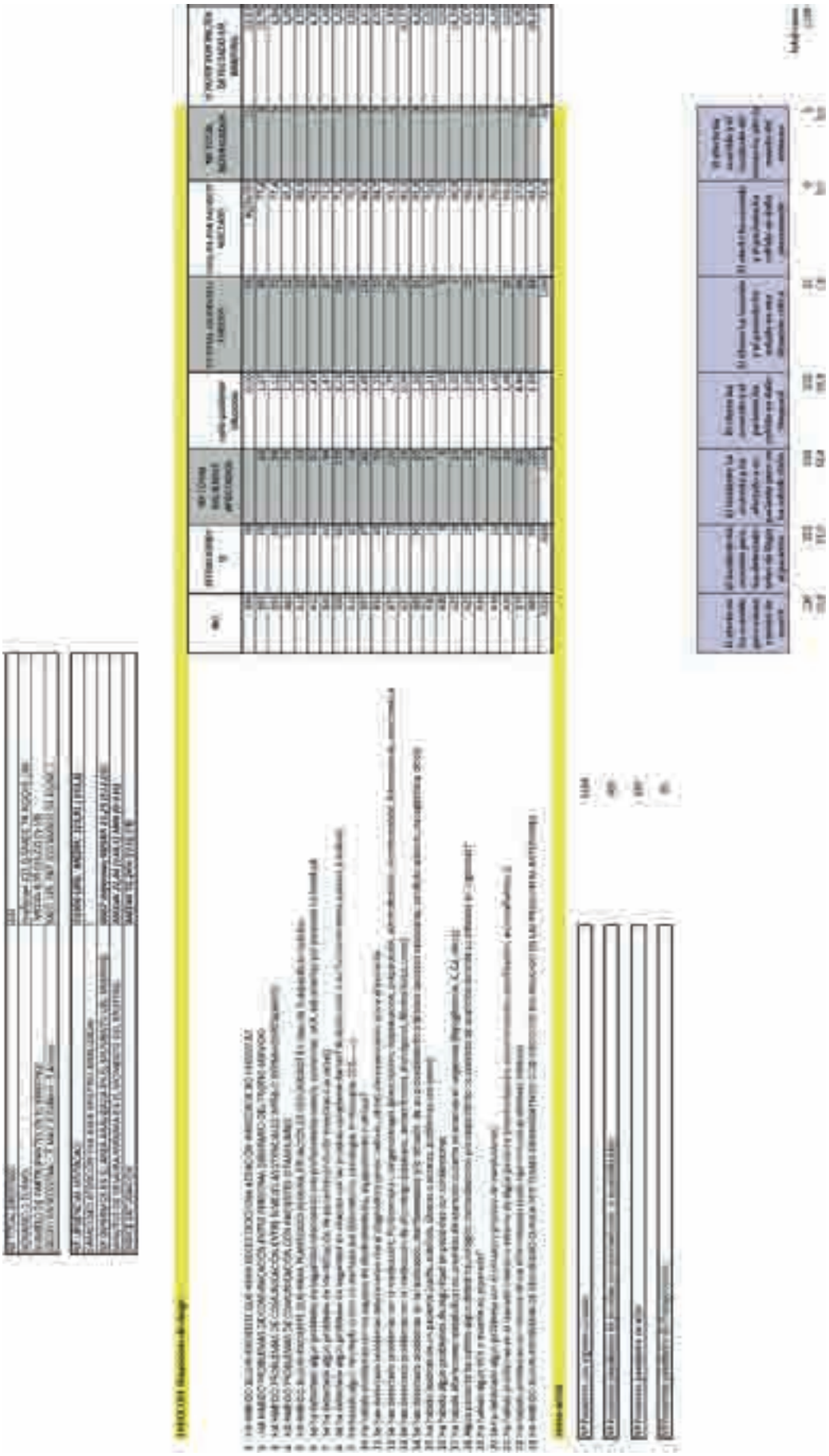
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

8. ¿Si pudiese escoger, continuaría realizando el briefing?

SI	NO	No estoy seguro	NS/NC

9. ¿Quiere añadir alguna sugerencia y/o comentario para mejorar esta herramienta?

ANEXO 6. RESULTADOS GLOBALES APLICACION BRIEFINGS



ANEXO 7. RESULTADO DEBRIEFINGS

MEMORIA DEBRIEFINGS	Nº total
Nº briefings analizados	444
Nº total debriefings realizados	13
Nº asistentes en las sesiones	10,14 (±4,95) asistentes
Nº acciones de mejora surgidas	68 acciones
Nº encuestas opinión realizadas	131 encuestas
Nota satisfacción/utilidad	Promedio 7 puntos