



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**  
**TESIS DOCTORAL**

Seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación de la Región  
de Murcia

**D.<sup>a</sup> Marina García Garrido**  
**2024**





**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**  
**TESIS DOCTORAL**

Seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación de la Región  
de Murcia

Autor: D.<sup>a</sup> Marina García Garrido

Director/es: D. Julián Alcaraz Martínez

Tutor: Victoriano Soria Aledo





**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD  
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

*Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022*

D./Dña. Marina García Garrido

doctorando del Programa de Doctorado en

Ciencias de la Salud

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación de la Región de Murcia

y dirigida por,

D./Dña. Julián Alcaraz Martínez

D./Dña.

D./Dña.

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

*Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:*

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 29 de Mayo de 20024

Firmado por GARCIA GARRIDO  
MARINA - \*\*\*7096\*\* el día  
29/05/2024 con un  
certificado emitido por AC  
FNMT Usuarios

Fdo.: Marina García Garrido

*Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.*

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia





UNIVERSIDAD DE  
**MURCIA**

D. Julián Alcaraz Martínez, Doctor de Universidad del Área de Medicina en el Departamento de \_\_\_\_\_, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Seguridad del Paciente en los servicios de Rehabilitación de la Región de Murcia", realizada por D<sup>a</sup>. Marina García Garrido, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 27 de Mayo de 2024

Firmado por JULIAN ALCARAZ MARTINEZ -  
\*\*\*5245\*\* el día 27/05/2024 con un certificado  
emitido por AC CAMERFIRMA FOR NATURAL  
PERSONS - 2016

**Mod:T-20**





## **Agradecimientos**



A mi director de tesis, el Dr. Julián Alcaraz Martínez, por dedicarme su valioso tiempo, por su esfuerzo y empeño para que el trabajo saliera adelante. Gracias por guiarme, conducirme y facilitarme todo lo necesario para poder finalizar este camino.

A mis queridas compañeras del servicio de Rehabilitación del H. Morales Meseguer, por ser un referente para mí, marcarme los pasos a seguir y haberse convertido en familia.

A mis padres y mis hermanos, por estar siempre que los necesito, por su apoyo y ánimo incondicional en todo lo que hago.

A Jesús, por quererme y aguantarme los días en los que el agobio me sobrepasa, y por estar siempre ahí para sacarme una sonrisa.



ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	<i>i</i>
ÍNDICE DE FIGURAS .....	<i>iii</i>
ÍNDICE DE TABLAS.....	<i>v</i>
RESUMEN.....	<i>xiii</i>
ABSTRACT .....	<i>xvii</i>
1. INTRODUCCIÓN .....	3
1.1. Definiciones de calidad asistencial .....	3
1.2. Dimensiones de la calidad asistencial.....	4
1.3. Seguridad del paciente .....	6
1.3.1. Situación mundial de la Seguridad del paciente.....	9
1.3.2. Seguridad del paciente en España .....	11
1.4. Medicina física y Rehabilitación .....	15
1.4.1. Discapacidad, Incapacidad y Calidad de vida.....	17
1.4.2. Calidad de vida y Calidad asistencial .....	18
1.4.3. Indicadores de calidad asistencial en Rehabilitación y su gestión clínica.....	19
1.4.4. Seguridad del paciente en Rehabilitación .....	21
1.4.4.1. Problemas de seguridad del paciente en Rehabilitación .....	22
1.4.4.2. Cultura de seguridad del paciente en Rehabilitación .....	26
1.4.4.3. Participación de los pacientes en su seguridad en Rehabilitación .....	27
1.4.4.4. Falta de estudios sobre seguridad del paciente en Rehabilitación.....	28
2. JUSTIFICACIÓN.....	33
3. OBJETIVOS.....	35
3.1. Objetivo principal .....	35
3.2. Objetivo secundario.....	35
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	39
4.1. Contexto del estudio.....	39
4.2. Tipo de estudio .....	40
4.2.1. Fase 1. Grupos focales .....	40
4.2.1.1. Selección de participantes .....	40
4.2.1.2. Objetivos de los grupos focales .....	41
4.2.1.3. Dinámica del trabajo grupal.....	41
4.2.2. Fase 2. Elaboración del cuestionario .....	42
4.2.3. Fase 3. Método Delphi .....	43
4.2.3.1. Desarrollo de la técnica Delphi .....	43
4.2.3.1.1. Elaboración de la carta de presentación y primer cuestionario .....	44
4.2.3.1.2. Revisión y prueba del primer cuestionario .....	44

4.2.3.1.3. Selección de participantes .....	45
4.2.3.1.4. Envío y recepción del primer cuestionario .....	45
4.2.3.1.5. Análisis de resultados del primer cuestionario.....	45
4.2.3.1.6. Diseño del segundo cuestionario .....	45
4.2.3.1.7. Envío y recepción del segundo cuestionario y recordatorios .....	46
4.2.3.1.8. Análisis de datos del segundo cuestionario .....	46
4.2.3.1.9. Elaboración de listado de problemas de seguridad del paciente en función de su relevancia .....	46
4.3. Aspectos legales .....	46
4.4. Cronograma del estudio.....	47
4.5. Análisis estadístico.....	48
5. RESULTADOS .....	50
5.1. Tasa de respuesta .....	50
5.2. Características del panel de expertos .....	53
5.3. Características del cuestionario.....	53
5.4. Incidentes y eventos adversos relacionados con la identificación de los pacientes .....	54
5.5. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico.....	55
5.6. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales.....	59
5.7. Incidentes y eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente .....	62
5.8. Incidentes y eventos adversos relacionados con la prescripción de fármacos.....	64
5.9. Incidentes y eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación.....	65
5.10. Incidentes y eventos adversos relacionados con la organización del sistema .....	70
5.11. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad .....	72
5.12. Incidentes y eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia.....	74
5.13. Listado de incidentes o eventos adversos según la opinión de expertos .....	79
5.14. Listado de problemas de seguridad del paciente ordenados en función de su relevancia según la opinión de expertos .....	81
6. DISCUSIÓN.....	87
6.1. Síntesis de los resultados más destacables.....	87
6.2. Discusión del método Delphi .....	89
6.3. Discusión de los resultados .....	92

6.3.1. Incidentes y eventos adversos relacionados con la identificación de los pacientes .....	94
6.3.2. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico .....	94
6.3.3. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales .....	95
6.3.4. Incidentes y eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente .....	96
6.3.5. Incidentes y eventos adversos relacionados con la prescripción de fármacos	97
6.3.6. Incidentes y eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación .....	98
6.3.7. Incidentes y eventos adversos relacionados con la organización del sistema	99
6.3.8. Incidentes y eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia .....	100
6.3.9. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad .....	102
6.4. Limitaciones del estudio .....	103
6.5. Futuras líneas de investigación y estrategias de mejora .....	105
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	<b>111</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>115</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>126</b>
ANEXO 1. Presentación de metodología de los grupos focales: descripción de la dinámica de trabajo grupal .....	128
ANEXO 2. Categorías de factores o clases de eventos adversos relacionados con seguridad del paciente recomendadas por la NPSA (National Patient Safety Agency)	130
ANEXO 3. Cuestionario de problemas de seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación.....	132
ANEXO 4. Carta de presentación del primer cuestionario.....	142
ANEXO 5: Cuestionario de problemas de seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación (versión definitiva) .....	144
ANEXO 6. Segundo cuestionario de problemas de seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación.....	154
ANEXO 7. Carta de presentación del segundo cuestionario.....	158
ANEXO 8. Autorización comisión investigación del hospital HMM.....	160
ANEXO 9. Compromiso de confidencialidad para proyectos de investigación HMM ..	162
ANEXO 10. Documento de compromiso UMU.....	164





## **Índices**



## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**ACV** Accidente cerebro vascular

**AHRQ** Agency for Healthcare Research and Quality

**APEAS** Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud

**BSCIRP** Brain and Spinal Cord Injury Rehabilitation Program

**CCAA** Comunidades Autónomas

**DGSA** David G Simons Academy

**EA/EAs** Evento(s) adverso(s)

**EARCAS** Estudio sobre eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios

**ENEAS** Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización

**EVADUR** Estudio de incidentes de seguridad en servicio de Urgencias

**HSOPS** Hospital Survey on Patient Safety Culture

**IOM** Institute of Medicine

**IRSP** Incidente relacionado con la seguridad del paciente

**JCAHO** Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

**LCA** Lesión cerebral adquirida

**MF y RHB** Medicina Física y Rehabilitación

**NHC** Número de historia clínica

**NPSA** National Patient Safety Agency

**OMS** Organización mundial de la Salud

**OTA** Office of Technology Assessment

**SMS** Sistema Nacional de Salud

**UCI** Unidad de cuidados intensivos

**UE** Unión Europea

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de trabajo método Delphi PÁG 7 MAT Y MET



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fines de la Rehabilitación Médica para la OMS (1958) PÁGINA 15 INTRODUCCIÓN

Tabla 2. Áreas de Salud de la Región de Murcia PÁG 2 MAT Y MET

Tabla 3. Cronograma del estudio PÁG 10 MAT Y MET

Tabla 4. Tasa de respuesta en el primer cuestionario. PÁG 2 RESULT

Tabla 5. Tasa de respuesta en el segundo cuestionario. PAG 3 RESULT

Tabla 6. Número y porcentaje de expertos que señalaron la ausencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 1.

Tabla 7. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 1.

Tabla 8. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la identificación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 9. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto al diagnóstico, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 10. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 2.

Tabla 11. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 2.

Tabla 12. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto al diagnóstico, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Tabla 13. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 14. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales en el Delphi 1.

Tabla 15. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 1.

Tabla 16. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Tabla 17. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales en el Delphi 2.

Tabla 18. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 2.

Tabla 19. Número y porcentaje de expertos que señalaron la ausencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en el Delphi 1.

Tabla 20. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en el Delphi 1.

Tabla 21. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a los procedimientos e intervenciones sobre el paciente, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.



Tabla 22. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la prescripción de fármacos. Delphi 1.

Tabla 23. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la prescripción de fármacos en el Delphi 2.

Tabla 24. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la prescripción de fármacos. Delphi 1.

Tabla 25. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 26. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Tabla 27. Número y porcentaje de expertos que señalaron la ausencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Tabla 28. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Tabla 29. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 2.

Tabla 30. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 2.

Tabla 31. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la organización del sistema del servicio de rehabilitación en el Delphi.

Tabla 32. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con la organización del sistema del servicio de rehabilitación en el Delphi.

Tabla 33. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la organización del sistema del servicio de rehabilitación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 34. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad en el servicio de rehabilitación en el Delphi.

Tabla 35. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad en el servicio de rehabilitación en el Delphi.

Tabla 36. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 37. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Tabla 38. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Tabla 39. Número y porcentaje de expertos que señalaron la ausencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Tabla 40. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Tabla 41. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Tabla 42. Número y porcentaje de expertos que señalaron la presencia de problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 2.

Tabla 43. Número y porcentaje de expertos que señalaron la frecuencia de aparición de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 2.



**Resumen/Abstract**



## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son tan relevantes que la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversos organismos internacionales han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

En este contexto, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Estos problemas de seguridad del paciente han sido estudiados e investigados en el último tiempo en distintos ámbitos sanitarios desde las unidades de cuidados intensivos (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero), anestesia, servicios de urgencias (EVADUR), atención primaria, hospitalización (ENEAS), centros sociosanitarios y residencias (EARCAS), etc. con el objetivo de generar nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial.

La Medicina física y Rehabilitación es una especialidad a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional, independencia y, sobre todo, calidad de vida. Teniendo presente que uno de los objetivos de la especialidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes, la calidad asistencial es fundamental y dentro de ella, la seguridad del paciente tiene un papel muy importante al que se le debería prestar gran atención.

Si bien, es una especialidad con ciertas peculiaridades que hacen muy difícil asemejarla al resto a la hora de hacer estudios de seguridad del paciente, ya que en general no es una especialidad hospitalaria ni quirúrgica. La labor principal se realiza en consulta, aunque tiene el añadido de tener el gimnasio de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, planta de hospitalización, etc. y quizá este sea uno de los motivos por el que no se ha incluido en los estudios previos realizados.

## **JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

Los médicos rehabilitadores deben estar preparados para examinar sus prácticas clínicas con un ojo crítico. El primer paso es convertirse en conocedores de los tipos de errores más comunes, la posibilidad de que ocurran en rehabilitación, y conocer las medidas eficaces para reducir la probabilidad de errores y cualquier daño posterior. Por lo tanto, es imprescindible realizar estudios para obtener resultados fiables y exclusivos sobre seguridad del paciente en Rehabilitación para poder reducir la probabilidad de cometer dichos errores y disminuir los eventos adversos asociados a la labor asistencial en dicha especialidad.

El objetivo principal es identificar, según la opinión de expertos, cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud. El objetivo secundario es establecer un listado por orden de importancia de los problemas de seguridad del paciente según la opinión de expertos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio cualitativo dividido en tres fases: Fase 1: Grupos focales, Fase 2: Elaboración del cuestionario y Fase 3: Método Delphi.

La poca información previa disponible sobre el tema y considerando necesaria la opinión de personas expertas, con conocimientos y experiencia contrastada, se ha optado por la técnica del grupo focal inicialmente (primera fase). En una segunda fase, en base a los datos obtenidos se ha elaborado un cuestionario estructurado en distintos bloques en función de las categorías de los problemas de seguridad del paciente, con respuesta múltiple, usando escala liker de 1 a 5 sobre nivel de acuerdo y la frecuencia de aparición de dichos eventos. En una tercera fase, mediante el método Delphi, usando el cuestionario anterior, se ha obtenido por consenso el listado problemas de seguridad del paciente según relevancia en rehabilitación. Para considerar si había acuerdo se ha tenido en cuenta la mediana de las respuestas y un rango intercuartílico inferior a 2.

## **RESULTADOS**

Se han realizado 3 grupos focales con participación de 15 profesionales. El cuestionario se ha elaborado con frases recogidas durante estas reuniones y consta de 50 preguntas, 2 preguntas de identificación del panel de expertos y 48 preguntas distribuidas en 9 bloques en función de



las categorías de problemas de seguridad del paciente extraídas en los grupos focales. Se han precisado dos rondas, aclarando términos en las preguntas donde no había acuerdo.

El número de expertos que aceptaron participar en el Delphi fue de 36. Todos los servicios de rehabilitación de la región de Murcia estuvieron representados. A todos ellos se les envió el cuestionario por correo electrónico. De los 36 panelistas, un 83,3% cumplimentó el primer cuestionario (un 56,7% eran médicos y un 43,3% eran fisioterapeutas); los que no contestaron se excusaron por falta de tiempo. El perfil del experto consultado era el de un profesional médico (94,4%) o fisioterapeuta (72,2%) que lleva desempeñando su trabajo 21 años o más (50%), de 11 a 15 años (23,3%), de 16 a 20 años (16,6%), de 6 a 10 años (13,3%) y de 1 a 5 años (13,3%).

Finalmente se ha obtenido el listado de posibles problemas de seguridad en Rehabilitación tales como errores diagnósticos en los servicios de rehabilitación asumiendo el diagnóstico de derivación (88%) o interpretando de forma incorrecta las pruebas complementarias (80%); problemas de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso rehabilitador puesto que no existen herramientas adecuadas para ello (60-92%); herramientas informáticas deficitarias en la prescripción farmacológica (60%), de tratamiento de fisioterapia e identificación de la anticoagulación (60%) de los pacientes; déficit de transporte sanitario (76,66%); errores en la organización del sistema tales como la derivación incorrecta de los paciente al servicio de rehabilitación (73,33%); falta de personal cualificado en las salas de tratamiento (50%); poca cultura de seguridad del paciente así como del sistema de notificación (73,33%).

## **CONCLUSIONES**

El empleo del método Delphi ha sido fundamental dada la poca evidencia científica previa disponible sobre seguridad del paciente en los servicios de rehabilitación y considerarse necesaria la opinión de personas expertas para poder obtener el listado de problemas de seguridad más frecuentes en los servicios de rehabilitación del servicio murciano de salud.

Los principales problemas de seguridad del paciente están relacionados con el diagnóstico, herramientas de comunicación, sistema informático de prescripción farmacológica y de fisioterapia, transporte sanitario, la derivación de los pacientes y la falta de personal cualificado en las salas de tratamiento. Este listado puede servir como base para desarrollar estrategias que se implementen en los servicios de rehabilitación, mejorando así la calidad asistencial.



## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

The damages that can be caused to patients and the costs they entail for healthcare systems are so relevant that the World Health Organization, the Pan American Health Organization, the Committee on Health of the Council of Europe, as well as various international organizations, have developed strategies to propose plans, actions and legislative measures to control preventable adverse events in clinical practice.

In this context, in Spain, the Ministry of Health, Social Services and Equality, in its responsibility to improve the quality of the healthcare system as established by Law 16/2003, on the Cohesion and Quality of the National Health System, has placed patient safety at the center of health policies as one of the key elements of quality improvement, thus reflected in the Quality Plan for the National Health System.

These patient safety issues have been studied and researched recently in various healthcare settings including intensive care units (Zero Bacteremia, Zero Pneumonia, and Zero Resistance), anesthesia, emergency services (EVADUR), primary care, hospitalization (ENEAS), socio-health centers, and residences (EARCAS), etc., with the aim of generating new knowledge about factors that can contribute to improving Patient Safety and Quality of Care.

Physical Medicine and Rehabilitation is a specialty concerned with the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of disability aimed at facilitating, maintaining, or restoring the highest degree of functional capacity, independence, and, above all, quality of life. Bearing in mind that one of the objectives of the specialty is to improve the quality of life of patients, quality of care is fundamental, and within it, patient safety plays a very important role that should be given great attention.

However, it is a specialty with certain peculiarities that make it very difficult to compare it to others when conducting patient safety studies, since it is generally not a hospital or surgical specialty. The main work is carried out in outpatient settings although it includes the added complexity of having a physical therapy gym, occupational therapy, speech therapy, hospitalization wards, etc., and perhaps this is one of the reasons why it has not been included in previous studies.

## **JUSTIFICATION AND OBJECTIVES**

Rehabilitative physicians must be prepared to examine their clinical practices with a critical eye. The first step is to become aware of the most common types of errors, the possibility of their occurrence in rehabilitation, and knowing effective measures to reduce the likelihood of errors and any subsequent harm. Therefore, it is essential to conduct studies to obtain reliable and exclusive results on patient safety in Rehabilitation in order to reduce the likelihood of committing such errors and decrease adverse events associated with care in this specialty.

The main objective is to identify, according to experts' opinions, which are the most frequent patient safety issues in the Rehabilitation services of the Murcian Health Service. The secondary objective is to establish a list, in order of importance, of patient safety issues according to experts' opinions.

## **MATERIAL AND METHODS**

This is a qualitative study divided into three phases: Phase 1: Focus Groups, Phase 2: Questionnaire Development, and Phase 3: Delphi Method.

The limited prior information available on the subject and considering the need for the opinion of expert individuals, with proven knowledge and experience, the focus group technique was initially chosen (first phase).

In a second phase, based on the data obtained, a questionnaire was developed structured into different blocks depending on the categories of patient safety issues, with multiple-choice answers, using a Likert scale from 1 to 5 on the level of agreement and the frequency of occurrence of such events.

In a third phase, through the Delphi method, using the aforementioned questionnaire, a list of patient safety issues in rehabilitation was obtained by consensus. To consider if there was agreement, the median of the responses and an interquartile range less than 2 were taken into account.

## **RESULTS**

Three focus groups were conducted with the participation of 15 professionals. The questionnaire was developed with phrases collected during these meetings and consists of 50 questions, 2

questions for identifying the panel of experts and 48 questions distributed into 9 blocks depending on the categories of patient safety issues extracted in the focus groups. Two rounds were needed, clarifying terms in questions where there was no agreement.

The number of experts who agreed to participate in the Delphi was 36. All rehabilitation services in the Murcia region were represented. The questionnaire was sent to all of them by email. Of the 36 panelists, 56.66% were doctors and 43.33% were physiotherapists); those who did not respond excused themselves due to lack of time. The profile of the expert consulted was that of a medical professional (94.4%) or physiotherapist (72.2%) who had been working for 21 years or more (50%), from 11 to 15 years (23.3%), from 16 to 20 years (16.6%), from 6 to 10 years (13.3%), and from 1 to 5 years (13.3%).

Finally, a list of potential safety issues in Rehabilitation was obtained, such as diagnostic errors in rehabilitation services assuming referral diagnosis (88%) or incorrect interpretation of complementary tests (80%); communication problems among the different professionals involved in the rehabilitation process due to the lack of appropriate tools (60-92%); deficient computer tools in pharmacological prescription (60%), physiotherapy treatment and identification of patient anticoagulation (60%); deficit in patient transportation (76,66%); errors in the organization of the system such as incorrect referral of patients to the rehabilitation service (73.33%); lack of qualified personnel in treatment rooms (50%); low patient safety culture as well as notification system (73.33%).

## **CONCLUSIONS**

The use of the Delphi method has been fundamental given the limited prior scientific evidence available on patient safety in rehabilitation services and the necessity of the opinion of expert individuals, with proven knowledge and experience to obtain the list of most frequent safety issues in the Rehabilitation services of the Murcian health service.

The main patient safety issues are related to diagnosis, communication tools, the computerized prescription system for pharmaceuticals and physiotherapy, medical transportation, patient referrals, and the lack of qualified staff in treatment rooms. This list can serve as a basis for developing strategies to be implemented in rehabilitation services, thereby improving the quality of care.



## **Introducción**





## **1. INTRODUCCIÓN**

Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe de hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe (1).

La calidad asistencial es un área importante para todos los profesionales dedicados al proceso asistencial, tanto el personal médico, enfermería y fisioterapeutas, como los pacientes y familiares, así como los gestores sanitarios y los políticos. El compromiso profesional, la ética, la efectividad y la eficiencia en la práctica clínica actual son los motivos que llevan a la creciente preocupación por la calidad asistencial (2).

### **1.1. Definiciones de calidad asistencial**

Dependiendo de la estructura disciplinar, la calidad puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos. Siguiendo el trabajo inicial de Avedis Donabedian, un primer paso para evaluar la calidad asistencial implica definir qué se entiende por calidad (3). La calidad es el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades y la atención que recibe, en función de los recursos disponibles, la tecnología y los conocimientos aplicados (2)

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial como: «Una atención sanitaria de alta calidad en la que se identifican las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y se destinan los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite» (4).

En 1900, el Institute of Medicine (IOM), en su informe titulado *Medicare: A Strategy for Quality Assurance* (5), definió el concepto de calidad asistencial como “el grado en el que los servicios sanitarios prestados a los individuos y las poblaciones incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y están en concordancia con el conocimiento profesional actual”. Incluyendo en su definición elementos de medición, orientación por objetivos, proceso y resultados; preferencias individuales y sociales, así como una situación dinámica de

conocimiento profesional. Esta definición de la calidad asistencial en la atención sanitaria publicada por la IOM es la que ha conseguido la máxima aceptación.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) la define como el “grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento” (6).

Por último, según la OTA (Office of Technology Assessment), la definición que establecieron en 1988 fue que la “calidad asistencial es el nivel del proceso de atención que aumenta la probabilidad de resultados deseados por el enfermo y reduce la probabilidad de efectos adversos dado el estado de conocimiento técnico. Es decir, reducir en cualquier actividad médica la relación riesgo/beneficio (6).

## **1.2. Dimensiones de la calidad asistencial**

La calidad no es un concepto simple y ello hace necesario valorar los distintos componentes de la calidad que pueden ser medidos. Varios autores y organizaciones han definido la calidad asistencial describiendo el concepto de acuerdo a una serie de dimensiones, entendidas como conceptos no integrales ni mutuamente excluyentes (atributos) que permiten definir, medir y juzgar la calidad de la asistencia (7,8). La elección de dimensiones para medir la calidad asistencial es muy importante ya que influenciarán las políticas sanitarias adoptadas. Según Shaw y Kalo (2002) (9) el reto para cada país es reconocer estas diversas, aunque legítimas, expectativas y conciliarlas en un sistema sanitario receptivo y equilibrado.

Las dimensiones más frecuentemente citadas, según la bibliografía, incluyen (en orden descendente de frecuencia) efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, respeto, oportunidad, experiencia asistencial al paciente, elección/disponibilidad de información, continuidad, prevención/detección temprana y evaluación (10). Las más relevantes son (11):

Efectividad: Es la capacidad de una determinada práctica o atención sanitaria para mejorar el estado de salud del individuo y/o de la población concreta que es atendida (12), es decir, es el grado de beneficio real obtenido en la población originado por la atención sanitaria comparado con el beneficio que en teoría debería producir. Con una atención efectiva, los profesionales evitan la infrautilización de recursos al proporcionar un tratamiento a todos aquellos que se

beneficiarán de él y evitan un uso excesivo de estos al abstenerse de tratar a aquellos pacientes que es poco probable que puedan obtener un beneficio.

Eficiencia: es la producción del máximo de cuidados o mejoras sanitarias por unidad de recursos utilizados, aprovechando al máximo los recursos y tiempo disponible (11). Es el grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles.

Accesibilidad: facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos por la población en relación a barreras organizativas (distancia, horario, etcétera), económicas, culturales o emocionales (11).

Competencia técnica (Calidad científico-técnica): capacidad de utilización por parte de los profesionales del más avanzado nivel de conocimientos y recursos existentes para abordar los problemas de salud y lograr la satisfacción en los receptores de la atención médica. A nivel individual incluye tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal establecida entre médico y paciente. Al nivel de grupos, instituciones o sistemas se refiere al modo del funcionamiento global de los mismos. Es la dimensión más valorada, en general, por los profesionales sanitarios. La calidad científico-técnica se refiere a la práctica clínica; el término calidad utilizado solo, sin otros adjetivos, suele referirse a esta dimensión (2)

Equidad: consistente en facilitar una atención sanitaria igualitaria sin distinción social, económica, geográfica o cultural.

Adecuación o idoneidad: grado en el que la atención a la salud es pertinente en cuanto a: necesidades y preferencias del paciente, riesgos y beneficios que conlleva, evidencia existente, nivel asistencial y recursos disponibles.

Atención centrada en el paciente, es decir, pensando en una atención transparente y respetando la dignidad del paciente, así como sus valores, creencias y capacidad de elección tanto en asuntos relacionados con la enfermedad como con su persona.

Aceptabilidad o satisfacción del usuario: se puede definir como el grado en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del paciente y la comunidad. Equivale a la calidad percibida de todos los aspectos del proceso de atención (resultados de la atención, trato recibido, aporte de información, cuestiones de hostelería, coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, ...).

Seguridad: asistencia sanitaria exenta de todo daño o riesgo inaceptable, innecesario o evitable a los pacientes.

Actualmente la seguridad es una prioridad en los Sistemas de Salud de todo el mundo. A diferencia de las dimensiones de la calidad que intentan conseguir los máximos niveles posibles de beneficio en salud y satisfacción del paciente, la seguridad se enfoca en reducir un efecto indeseado como es el daño o riesgo de daño producido por la propia asistencia sanitaria(13).

### **1.3. Seguridad del paciente**

La Seguridad del Paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica (14) ya que hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

La propia asistencia sanitaria implica un mayor o menor riesgo para el paciente y ese riesgo se puede expresar de diferentes formas en función de la afectación o no del paciente, la vulnerabilidad del mismo, la existencia de errores humanos o como errores propios del sistema, así como la aceptación de un daño previsible buscando un beneficio mayor (2)

De igual manera que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, también podemos afirmar que la seguridad del paciente no es solamente la ausencia de riesgos relacionados con la atención recibida. A semejanza del continuo salud-enfermedad, existe “un continuo riesgo-seguridad” que exige una atención y actuaciones permanentes a varios niveles, para inclinar la balanza hacia el lado de la seguridad:

- A nivel institucional implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud (hospitales, centros de salud, residencias para personas mayores y discapacitadas, ...) deben estar diseñados y organizados para reducir los riesgos para los pacientes atendidos, los profesionales que prestan en ello sus servicios y los visitantes.
- En el plano profesional, incluye un rango amplio de actividades y procedimientos conducentes a evitar y proteger a los pacientes de los efectos adversos relacionados con la atención a la salud. Supone un diseño cuidadoso y una mejora continua de los procesos de atención a la salud dirigidos a reducir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, infecciones nosocomiales u otro tipo de lesiones y a aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren.

- Por último, a nivel político y social, debe destacarse que se trata de una cuestión que está en la agenda de múltiples organizaciones, instituciones y asociaciones internacionales, supranacionales, nacionales, profesionales, etc.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) (15), la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño innecesario derivado de la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual depende del conocimiento del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se realiza la atención.

Antes de seguir profundizando, convendría tener claros algunos conceptos básicos sobre la terminología empleada en seguridad del paciente. En el año 2009, la OMS emitió un informe técnico donde establecía el Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (15):

- Daño asociado a la atención sanitaria es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Evento es algo que le ocurre o atañe al paciente.
- Error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución. Una infracción es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Los errores son, por definición, involuntarios, mientras que las infracciones suelen ser intencionadas.
- Riesgo es la probabilidad de que se produzca un incidente.
- Incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP) es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Se denominan simplemente incidentes y se pueden clasificar en 4 grupos: circunstancia declarable, cuasiincidente, incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso).
  - o Circunstancia declarable: situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente.
  - o Cuasiincidente: incidente que no llega al paciente.
  - o Incidente sin daños: aquel en el que el evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable.

- Incidente con daños o evento adverso (EA): incidente que llega al paciente y le causa daño al paciente.

Conocer y analizar los IRSP supone una importante fuente de aprendizaje para los profesionales. Los EA representan, además, una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados y en cualquier nivel de asistencia (hospitalaria, primaria, urgencias, etc.). Los factores que pueden contribuir a que se produzcan los IRSP son múltiples. Pueden señalarse como ejemplos los factores relacionados con características individuales de los profesionales, la formación, las formas de comunicación, la organización, el entorno de trabajo, los equipos y dispositivos que se utilizan, los procedimientos o incluso factores externos como las políticas legislativas (15,16). La interacción entre todos estos factores unidos a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes hace que aumente el riesgo de que se produzcan fallos en el sistema o errores humanos que provoquen un daño innecesario al paciente.

Entre los principales fallos en la seguridad del paciente podrían destacarse:

- Errores en la medicación: son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a 42.000 millones de dólares anuales (17). Estos errores pueden ser en la selección y adquisición, prescripción, transcripción y validación, dispensación, administración y monitorización del tratamiento (18), ocasionando graves problemas a nuestros pacientes llegando incluso a causarles la muerte.
- Infecciones nosocomiales: pueden llegar a afectar al 10% de los pacientes hospitalizados. Son el acontecimiento adverso más frecuente, y afectan aproximadamente a 2 millones de personas en EE.UU., causando cerca de 100.000 muertes (19).
- Los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella (20). Gracias a la mejora de la seguridad del paciente, las muertes relacionadas con complicaciones quirúrgicas han disminuido en los últimos años, pero continúan siendo dos o tres veces mayor en países con ingresos medios y bajos en comparación con aquellos países de ingresos altos.

- Los errores diagnósticos afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida (21).
- Las trombosis venosas son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran 3,9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios (22).

### **1.3.1. Situación mundial de la Seguridad del paciente**

A nivel mundial se estima que cada año se pierden 64 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a causa de una atención poco segura. Esto se traduce en que los daños a los pacientes derivados de eventos adversos se encuentren entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad (23).

Sin embargo, a pesar de que cada vez es mayor la conciencia de que la seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo, éste va en aumento. No se ha conseguido reducir la carga de daños al paciente a pesar del esfuerzo a nivel mundial ni de los trabajos pioneros en algunos entornos de la atención sanitaria (24).

Por ello, se estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria (25).

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (26), mediante la identificación de problemas de seguridad en la práctica clínica habitual,

su análisis y la implantación de medidas preventivas para evitar tanto el error humano como el fallo de los sistemas (2).

En mayo de 2021, la 74ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el «Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030» (27) con el fin de potenciar la seguridad de este como un componente esencial en el diseño, los procedimientos y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo. Se trata de un plan estratégico que orienta a los gobiernos de los países, a las entidades del sector salud, a las organizaciones sanitarias y a la secretaría de la Organización Mundial de la Salud, sobre cómo aplicar la resolución concerniente a la seguridad del paciente de la Asamblea. El despliegue del plan reforzará la calidad y la seguridad de los sistemas de salud en todo el mundo, abarcando todo el proceso de atención a la salud de las personas, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y los cuidados sanitarios, reduciendo la probabilidad de causar daño en el curso de la atención recibida. El fin último es lograr a nivel mundial la máxima reducción posible de los daños evitables debidos a una atención de la salud poco segura. La misión del plan de acción mundial es impulsar políticas, estrategias y acciones, basadas en la ciencia, la experiencia de los pacientes, el diseño de sistemas y las asociaciones, al objeto de eliminar todas las fuentes de riesgo y daño evitables para los pacientes y el personal de salud.

A pesar del conocimiento teórico de la importancia de la aplicación en la práctica clínica de la seguridad del paciente, ésta aún está lejos de implementarse, por lo que se podrían fomentar dos aspectos importantes como es la educación y formación en las facultades de medicina y por otro lado la aplicación de prácticas seguras coordinadas y dirigidas para la cooperación de todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria (28)

Hay que transmitir a los estudiantes que existe incertidumbre en la práctica habitual y, por consiguiente, pueden producirse errores de los cuales hay que aprender. En conjunto, se trata de promover y educar desde las instituciones docentes de la medicina, la cultura de seguridad; introduciendo guías clínicas para diseñar protocolos estandarizados de conceptos de seguridad y calidad asistencial, para así reducir el riesgo de errores en la práctica clínica y promover la seguridad del paciente (29). Comporta un cambio cultural ante los errores médicos, desarrollando un entorno no punitivo y de mayor responsabilidad, en el que se considere como algo natural el control y la monitorización de la seguridad (30). Los pacientes, la sociedad en general y la Administración deben exigir que la Seguridad del Paciente sea uno de los objetivos del sistema sanitario.



Es fundamental la cooperación y compromiso de todos los sanitarios, y fomentar la educación de los médicos internos residentes (31). Además, es importante el desarrollo de programas de educación y de entrenamiento previo a la implantación de una medida de seguridad. Y, sobre todo, hay que evaluar y monitorizar el cumplimiento para que los análisis de los resultados de estas intervenciones sean fiables.

La relevancia de la Seguridad del Paciente está condicionada por los siguientes hechos (32):

- El avance y mayor complejidad de las tecnologías sanitarias. Los especialistas han precisado el estudio de nuevas técnicas con el fin de un beneficio para el paciente, pero precisando una curva de aprendizaje y el consiguiente incremento del riesgo para el paciente.
- Nuevos tratamientos farmacológicos.
- Cambios en las características del paciente (mayor edad y comorbilidad). El incremento de la esperanza de vida lleva a que pacientes de edad avanzada y comorbilidad asociada precisen tratamientos que hubieran sido rechazadas hace unos años.
- Mayor formación del paciente con mejor acceso a la información.
- Toma de decisiones por parte del paciente en cuanto a su enfermedad.
- Exigencia social elevada siendo esta más demandante.

### **1.3.2. Seguridad del paciente en España**

En este contexto, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (26).

El plan de Calidad para el sistema nacional de salud (SNS) tiene como objetivo general mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS y los objetivos específicos son el reflejo de los objetivos propuestos en el programa de seguridad del paciente de la OMS (26):

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información, la formación

y la investigación ya que desempeñan un papel prioritario en el establecimiento de la cultura de seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos, permitiendo mejorar la calidad de los servicios sanitarios, mediante el conocimiento de los efectos no deseados que en ocasiones se producen durante los procesos de atención sanitaria.

- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje. El objetivo primario de un sistema de notificación de incidentes es mejorar la seguridad aprendiendo de los errores. Los sistemas de comunicación de incidentes no están destinados a identificar y sancionar al personal sanitario involucrado en el incidente, sino a aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud. La implantación de prácticas que proporcionen seguridad a los pacientes ante las intervenciones sanitarias requiere cambios tanto en las conductas relacionadas con la práctica clínica, como en la organización de los servicios. Dada su complejidad, es necesario actuar desde diferentes ángulos, uno de los cuales es apoyar la innovación y la difusión de las buenas prácticas que se generen en el SNS, en colaboración estrecha con las Comunidades Autónomas (CCAA), las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes y usuarios.
- Promover la investigación en seguridad del paciente. La razón se halla en que las actuaciones para la mejora de las prácticas seguras necesitan basarse en el conocimiento científico, además de que la participación de los profesionales en los proyectos de investigación ayuda a promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes, fomentando el interés profesional por el análisis de sus actuaciones y por la mejora de estas.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas y estrategias que se desarrollan en seguridad del paciente. La visión y colaboración de los pacientes en la identificación de problemas y búsqueda de soluciones es clave para mejorar su seguridad en los servicios sanitarios.
- Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales Tanto en la Unión Europea (UE) como en la OMS los aspectos de seguridad de pacientes vienen siendo prioritarios en los últimos años. España viene participando en las principales iniciativas promovidas desde esos organismos e incluso ha liderado algunas de ellas. Es

importante seguir haciéndolo porque el compartir experiencias de buenas prácticas es una de las maneras más efectivas de mejorar las prácticas.

Estos problemas de seguridad del paciente han sido estudiados e investigados en el último tiempo en distintos ámbitos sanitarios desde las unidades de cuidados intensivos, anestесias, servicios de urgencias, atención primaria, etc. con el objetivo de generar nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (2).

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), se ha visto que la incidencia de acontecimientos adversos en pacientes críticos varía en función de los distintos estudios quizá por diferencias en la definición de la variable estudiada, así como en la utilización de métodos diferentes para su detección. Estudios realizados han mostrado que del 29 al 54% de los pacientes críticos sufren un incidente o acontecimiento adverso durante su estancia en UCI (33). A raíz de estos hallazgos, se han llevado a cabo programas de tolerancia Zero en las UCIs que incluye los proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero para el desarrollo de actividades de seguridad en pacientes críticos. El último de estos proyectos está destinado a reducir la aparición de bacterias multirresistentes mediante la aplicación de un paquete de medidas para prevenir su selección y diseminación (34).

En otra de las especialidades donde se han realizado estudios al respecto es en Anestesiología y Reanimación. En el año 2000, se publicó en la prestigiosa revista British Medical Journal “La Anestesiología como modelo de seguridad del paciente” que recoge la amplia gama de estrategias para minimizar el error humano y el riesgo para los pacientes en la práctica de la anestesia, lo cual la convierte en un modelo para otras especialidades (14).

A nivel nacional, en 2005 se llevó a cabo el Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) sobre los efectos adversos (EAs) ligados a la hospitalización (35). La incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3%; siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) de 8,4%. A su vez, el 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EAs y un 25,0% estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. De estos, el 42,6% podrían haberse evitado y se puso de manifiesto la importancia del conocimiento y sensibilización de los profesionales sanitarios para seguir investigando y elaborando medidas de prevención de EAs.

En 2008, el Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria identificó 11,2 efectos adversos por cada mil visitas. De los graves, el 70% eran evitables. La mayor parte estaban ligados a la medicación y a los cuidados, el 24,6% a la comunicación y el 8,9% a la gestión (36). A raíz de este estudio, se han ido implementado medidas para tratar de disminuir estas incidencias (37).

El estudio EVADUR (estudio de incidentes de seguridad en servicio de Urgencias), en 2010, determinó la frecuencia de aparición de incidentes de seguridad, encontrando que en el 12% de los pacientes que acudían a Urgencias, independientemente de si ingresaban o eran dados de alta, ocurría al menos un incidente, con o sin daño para el paciente (38). En 2018, en la Región de Murcia se llevó a cabo un estudio similar con el objetivo de identificar los aspectos clave para mejorar la seguridad del paciente en los servicios de urgencias del Servicio Murciano de Salud, y para evaluar los incidentes de seguridad en los pacientes que acudía a urgencias y se obtuvo un resultado similar al estudio previo siendo la frecuencia de incidentes de seguridad de 11,95% (39).

En el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en 2011 se llevó a cabo un estudio sobre Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor (40) donde tienen como objetivos identificar los eventos adversos potenciales en unidades de tratamiento del dolor, y proponer un conjunto de acciones preventivas que minimicen el riesgo para la seguridad de los pacientes atendidos en estas unidades, que permita reducir al mínimo las consecuencias indeseables que acompañan a la asistencia de los pacientes en las mismas y mejorar la calidad en las unidades de tratamiento del dolor.

En esta línea de trabajo, en 2020 se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la seguridad del paciente quirúrgico en el H. Morales Meseguer (Murcia) así como el diseño e implementación de intervenciones de efectividad demostrada con el fin de mejorar la calidad de la atención en los pacientes quirúrgicos (28).

En este mismo año, en el H. Universitario San Juan de Alicante se realizó un estudio con el objetivo de determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en un hospital universitario y describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades mediante la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al español, obteniendo como conclusiones que las debilidades fundamentales son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del

paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad y que sobre estas sería necesario desarrollar iniciativas para su mejora (28)

#### **1.4. Medicina física y Rehabilitación**

La Medicina Física y Rehabilitación (MF y RHB) es una especialidad médica relativamente moderna, creada alrededor de la demanda social que generaron los heridos con secuelas físicas de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, hay datos de sus orígenes muy anteriores. Existen datos de su existencia del último cuarto del siglo XIX y escritos de la época renacentista en los que ya hablan del ejercicio como parte del tratamiento de determinadas dolencias.

La especialidad de Medicina Física y rehabilitación fue reconocida a nivel mundial oficialmente en 1968 cuando en Ginebra, el Comité experto en rehabilitación Medica de la Organización Mundial de la Salud anunció la existencia de una nueva disciplina médica: Medicina Física y rehabilitación (41,42).

En España la especialidad médica de Medicina Física y Rehabilitación se constituye como especialidad en 1969 (43). Tiene como base de actuación profesional, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades incapacitantes, entendiendo como incapacidad, la restricción de la actividad que produce la enfermedad. Para ello, se nutre de la fisiología y la biomecánica, se apoya en pruebas diagnósticas instrumentales y desarrolla una terapéutica específica.

Su doble denominación hace referencia, por un lado, a los medios terapéuticos físicos que emplea para el tratamiento de las enfermedades (Medicina Física), tales como el ejercicio, masaje, electroterapia, termoterapia, hidroterapia y ortesis; y por otro, al afrontamiento de la incapacidad (Rehabilitación).

Los objetivos terapéuticos que propone la rehabilitación van más allá de la curación y se dirigen hacia la restitución de las funciones perdidas, reanudación de las actividades previas a la enfermedad y a la integración social y laboral. Para conseguir estos objetivos, la especialidad requiere de la participación de diferentes profesionales, otorgándole un enfoque multidisciplinar. Entre dichos profesionales se encuentran: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, psicólogos, logopedas, ingenieros...

La OMS en su Primer Informe del Comité de Expertos de Rehabilitación de 1958, reafirmaba que en el área de la invalidez era imprescindible la actuación de los profesionales en equipo. Así este

equipo debía estar integrado por el terapeuta ocupacional, el ortopeda, el psicólogo, el asistente social, el fisioterapeuta, la enfermera, el educador y un médico especialista (44).

Tabla 1. Fines de la Rehabilitación Médica para la OMS (1958)(45)
- Reintegrar al individuo a su antigua ocupación.
- Prepararle para otro empleo si no puede reintegrarse.
- Devolver la confianza en sí mismo para realizar las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la condición física del enfermo empleando métodos médicos, quirúrgicos y fisioterapia.
- Iniciar con rapidez el tratamiento para evitar los efectos perniciosos de la inmovilización prolongada.
- Tratar al individuo como un todo, ya que la finalidad es la reintegración de todas sus funciones en un conjunto total, eficaz y dinámico.

En general, existe una falta de conocimiento de las posibilidades que la rehabilitación puede ofrecer a los pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Y aunque la actividad clínica más conocida de la Medicina Física y Rehabilitación se ha establecido alrededor de las enfermedades del aparato locomotor, con los años se han ido incorporando otras de creciente interés: rehabilitación cardiaca, vestibular, suelo pélvico, infantil, respiratoria, linfedema, amputados, neurológica... Así, se han ido constituyendo con los años, Unidades Monográficas multidisciplinarias, en las que colaboran a nivel facultativo y no facultativo profesionales de distintas especialidades.

Por lo tanto, la misión del especialista en MF y RHB es la asistencia integral de pacientes (en todas las edades de la vida) con procesos invalidantes y situaciones residuales deficitarias de la patología del aparato locomotor, sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio, etc. y afecciones sensoriales, así como su repercusión socio – laboral (46).

En síntesis, la Medicina física y Rehabilitación es una especialidad a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional, independencia y, sobre todo, calidad de vida (47).

#### **1.4.1. Discapacidad, Incapacidad y Calidad de vida**

En relación con los objetivos y funciones de la Medicina física y Rehabilitación conviene aclarar tres conceptos claves de dicha especialidad:

Discapacidad (48): Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. La discapacidad puede surgir como consecuencia directa de la deficiencia (toda pérdida o anomalía de una estructura o una función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente) o como consecuencia indirecta por la respuesta del propio individuo.

Incapacidad (48): antes llamada minusvalía (término actualmente no vigente, desde la aparición de la Ley de dependencia (49), en que ha pasado a denominarse incapacidad): Toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece. Representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo.

Calidad de vida: La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros(50). La calidad de vida incluye aspectos vitales, tales como los físicos, fisiológicos y psicosociales (emocionales, espirituales, de roles, de interdependencia, de autoestima) (51); es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social. Para alcanzar una adecuada calidad de vida de las personas con discapacidad, además de destinar recursos y desarrollar programas

específicos, se debe permitir ante todo la autonomía de ellas, lo cual hace indispensable la puesta en práctica de los siguientes derechos: vida autónoma, elección y autodeterminación, participación y responsabilidad, y solidaridad (51).

#### **1.4.2. Calidad de vida y Calidad asistencial**

Teniendo presente que uno de los objetivos de la especialidad Medicina Física y Rehabilitación es mejorar la calidad de vida de los pacientes, la calidad asistencial es fundamental ya que consiste, básicamente en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios (6).

La mejora de la calidad asistencial ha sido siempre inherente a los principios del Sistema Nacional de Salud, como se desprende de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que en el Título II incluye como una de las actuaciones a desarrollar por las administraciones sanitarias la de controlar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles (52).

Así se han desarrollado las Estrategias en Salud del SNS que contienen las líneas generales, objetivos y recomendaciones para la mejora continua de la Calidad Asistencial en los problemas de Salud de mayor repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes y familiares, así como la de mayor repercusión económica y social (52).

En febrero de 2017, la OMS lanzó la iniciativa Rehabilitación 2030 (53) e introdujo un "llamado a la acción" sobre la profunda necesidad insatisfecha de rehabilitación en todo el mundo y destaca la importancia de fortalecer los sistemas de salud para brindar rehabilitación. Para lograrlo, se identificaron 10 áreas prioritarias de acción y se marcó un nuevo enfoque estratégico para la comunidad mundial de rehabilitación al enfatizar que:

- La rehabilitación debe estar disponible para toda la población y en todas las etapas del curso de la vida.
- La rehabilitación es un servicio de salud esencial y crucial para lograr la cobertura sanitaria universal.
- Los esfuerzos para fortalecer la rehabilitación deben dirigirse a apoyar el sistema de salud en su conjunto e integrar la rehabilitación en todos los niveles de la atención de salud para ofrecer una atención sanitaria de calidad.



### **1.4.3. Indicadores de calidad asistencial en Rehabilitación y su gestión clínica**

El proceso de mejora continua de la calidad es un elemento fundamental de la gestión clínica. Para poder llevar a cabo este proceso es imprescindible medir y comparar los objetivos y estándares prefijados evaluando la consecución de los objetivos marcados y buscando áreas de mejora (54).

La medición de calidad de los servicios sanitarios y las unidades de gestión clínica se presenta como una herramienta indispensable para asegurar una buena prestación sanitaria. Por otra parte, la medición de la calidad supone también una parte del proceso de mejora continua al ir identificando deficiencias en el proceso de atención, lo que favorece la implementación de medidas correctoras (54).

La calidad asistencial en una unidad clínica de rehabilitación debe incluir dimensiones entre las que se incluyen: actividad y rendimiento, accesibilidad para el ciudadano, seguridad del paciente, orientación al ciudadano y satisfacción, continuidad asistencial, disminución de la variabilidad de la práctica clínica, adecuación de la prescripción y consumo de fármacos, gestión económica, y libre configuración (gestión de profesionales y del conocimiento) (54).

Este método de medición y evaluación precisa del desarrollo de indicadores de calidad, aspecto clave de la gestión clínica. Los indicadores pueden ser de estructura, de proceso o de resultado (55,56):

- Los de estructura van a medir aspectos relacionados con el sistema organizativo, dotación de recursos materiales o humanos, equipamiento, tecnología, etc.
- Los indicadores de proceso se utilizan para evaluar la realización de actividades o procedimientos, aplicación de guías o protocolos de manejo diagnóstico o terapéutico.
- Los indicadores de resultados evalúan la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, los fallecimientos o el grado de dependencia o discapacidad en sus distintos grados.

Una de las herramientas más útiles en la medición de la calidad asistencial en una unidad de gestión clínica de rehabilitación es el empleo de indicadores de calidad. Los indicadores de calidad (54) son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. Los indicadores de calidad deben cumplir unas condiciones o atributos (57): ser objetivos, medibles, válidos, fiables, sensibles y específicos, relevantes y basados en la evidencia,

que reflejen la práctica habitual de la unidad clínica, que su medición precise el menor coste posible en recursos y tiempo y ser ambiciosos pero alcanzables. Su finalidad es identificar problemas o situaciones de mejora potencial o desviaciones de la práctica estandarizada (54,55).

La Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío se implantó en 2006. La elección de indicadores se realizó mediante consenso entre los miembros pertenecientes a la unidad, utilizando el método Delphi (58) de uso adecuado (55). Algunos ejemplos de indicadores empleados son: Creación de agendas informatizadas en fisioterapia, Porcentaje de actividad de las consultas externas, Mejora de los tiempos de espera en consulta externa para primeras consultas de Atención Primaria en continuidad asistencial, Porcentaje de pacientes atendidos en fisioterapia y terapia ocupacional antes de los 25 días, Implantación del plan de prevención y registro de caídas en las salas de tratamiento de Fisioterapia, Reducción de las tasas de reclamaciones con respecto al año anterior, etc.

El uso de estos indicadores de calidad ha demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de medidas establecidas para la mejora de la calidad, permitiendo identificar y diseminar las mejores prácticas (54).

Además de estos indicadores de calidad elaborados por los profesionales sanitarios, es interesante incluir como herramienta de valoración en las unidades de gestión clínica, la opinión de los pacientes ya que son una fuente de información muy útil que permite llevar a cabo medidas de mejora en los entornos de rehabilitación ambulatoria y desarrollar un marco de asistencia sanitaria basado en el paciente evaluando la percepción general de la calidad del servicio. Tal y como realizaron Medina-Mirapeix F et al. (59) en 2013, que llevaron a cabo un estudio multicéntrico en centros de rehabilitación en Sevilla, Barcelona y Madrid donde los participantes valoraron la calidad del servicio de rehabilitación en base a sus experiencias personales. Se incluyeron 3 factores físicos (diseño de instalaciones, condiciones ambientales y factores sociales) y 4 factores organizativos (duración de la asistencia, interrupciones durante la consulta, tiempos de espera en la secuencia del tratamiento y seguridad del paciente).

En el concepto de calidad asistencial se incluye la dimensión de la seguridad del paciente que se enfoca en reducir un efecto indeseado como es el daño o riesgo de daño producido por la propia asistencia sanitaria. En relación a esta dimensión, el Kessler Institute for Rehabilitation en la jornada anual sobre Seguridad y Calidad en Rehabilitación en 2018 (60) desarrolló un marco conceptual que identifica seis características de seguridad y calidad que son directamente significativas y relevantes para la rehabilitación médica. El modelo se inclinó a crear un acrónimo,

"PIEZAS" para describir los seis dominios: Prevención de daños (inyecciones de toxina botulínica, movilización temprana de pacientes con ictus hemorrágico); Mejora de la salud (salud en el hogar); Mejora de la función (funcionalidad del paciente con fractura de cadera, medidas de mejora en los reingresos); Considerar la experiencia del paciente ; Uso eficiente de los recursos (predicción de la utilización del servicio de fisioterapia); Mantenimiento de los beneficios (las causas y reingresos evitables). En su experiencia clínica, los seis dominios han resultado ser un modelo útil para aplicar a el programa de seguridad y calidad en un entorno de rehabilitación que puede ayudar a definir, medir y mejorar la atención que se brinda a los pacientes.

#### **1.4.4. Seguridad del paciente en Rehabilitación**

La seguridad del paciente debería ser la piedra angular de la atención en la especialidad de medicina física y rehabilitación de alta calidad; por lo que, tomar buenas decisiones clínicas teniendo en cuenta los mejores intereses de los pacientes sería imprescindible.

La Medicina Física y Rehabilitación a menudo implica el cuidado de los pacientes con problemas médicos complejos durante largos períodos de tiempo lo que incrementa el potencial riesgo de errores y efectos adversos eventos. Además, la realización de pruebas diagnósticas, de vigilancia y prevención puede ser más difícil de realizar e interpretar en individuos con cierta discapacidad crónica aumentando la probabilidad de retardo o error diagnóstico (61).

La prescripción de tratamiento rehabilitador es una herramienta de comunicación entre el médico de referencia y el equipo de rehabilitación tanto en el entorno de pacientes hospitalizados (subagudos y crónicos) como ambulatorios. Este instrumento es fundamental tanto para dirigir un curso de tratamiento como para minimizar el riesgo para el paciente durante las sesiones de tratamiento. Es importante tener una visión general de la prescripción de rehabilitación con énfasis en la seguridad (62), teniendo presente una serie de recomendaciones o precauciones básicas:

- Realizar una revisión exhaustiva del historial médico del paciente es la base para la prescripción del tratamiento rehabilitador.
- Normalmente los pacientes tienen asociadas comorbilidades que interfieren en el tratamiento, por lo que prescripción debe abordar los riesgos asociados con cada una de estas condiciones médicas en el contexto de la rehabilitación.
- También se debe considerar cuidadosamente la elección de las terapias complementarias (termoterapia, electroterapia, magnetoterapia, estimulación

eléctrica, ultrasonidos, ejercicio terapéutico), así como la frecuencia, intensidad, duración de estas. Siempre adecuadas a cada tipo de paciente según su condición y patologías previas.

#### **1.4.4.1. Problemas de seguridad del paciente en Rehabilitación**

A pesar de tener presente estas recomendaciones, en el sistema sanitario se dan condiciones que incrementan el riesgo de que sucedan eventos adversos. Estas condiciones de trabajo incluyen las siguientes (63): entorno estresante, fatiga, grandes cargas de trabajo, conocimiento o experiencia inadecuados, mantenimiento inadecuado de los equipos y edificios, supervisión inadecuada, sistemas de comunicación inadecuados, formación inadecuada, metas incompletas (por ejemplo, conflicto entre las finanzas y las necesidades clínicas), baja moral y cambio rápido dentro de la organización.

Los eventos adversos y los factores que impactan sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente tienen sus particularidades en el entorno de rehabilitación.

En 2018, Hagley et al. (64) realizaron una búsqueda en la “Veterans Health Administration RCA database” para identificar los informes que describen eventos adversos (EA) asociados con la terapia física, terapia ocupacional o logopedia (tratamiento del habla y lenguaje) entre 2009 y 2016. Las demoras en la atención (32%) y las caídas (28%) fueron los tipos de EA más frecuente, seguidos de procedimientos deficitarios (errores en la realización de un procedimiento) (12%) y errores en la identificación de los pacientes (8%). Las causas de estos eventos adversos son múltiples, pero en general son debidas a errores en el procedimiento/política sanitaria (38,3%) y comunicación (25,5%). Concluyen que la atención brindada por profesionales de la rehabilitación es generalmente segura, pero los EA ocurren.

Además, los médicos rehabilitadores deben ser conscientes de los sesgos cognitivos que pueden influir en las decisiones al realizar un diagnóstico o al implementar un plan de tratamiento pudiendo conducir a errores médicos que pueden tener un impacto adverso en el paciente, e implementar estrategias para minimizar su influencia (65). Algunos ejemplos son:

- La convergencia rápida en un diagnóstico o tratamiento singular (y excluyendo otras alternativas posibles) y luego anclar su curso de acción a ese diagnóstico o tratamiento, incluso cuando el resultado puede no ser positivo.

- Aplicación de una gama limitada de opciones de diagnóstico y tratamiento a una amplia variedad de situaciones clínicas cuando las opciones son inciertas o el médico tiene un conocimiento limitado de la enfermedad.
- Sesgo de confirmación: se recogen datos que respaldan un determinado curso de diagnóstico o tratamiento y datos que contradicen ese diagnóstico o tratamiento se descartan o excluyen. Se asocia a no prestar atención al contexto clínico del paciente.
- Creencia de que el diagnóstico y el tratamiento establecido son los correctos para un paciente porque presentaciones similares en el pasado por otros los pacientes también recibieron el mismo diagnóstico o tratamiento con resultados positivos.
- Sesgo de comisión: tendencia a favorecer algún tipo de acción en lugar de la inacción y el seguimiento de una situación. Este sesgo puede ser causado por la presión de pacientes, colegas o la urgencia de la situación.
- La opinión del médico sobre los pacientes puede influir en su toma de decisiones.

En relación con la hospitalización en rehabilitación, los pacientes admitidos en las unidades de hospitalización de rehabilitación (incluida la rehabilitación aguda (RA) y la subaguda (SAR)) como parte del continuo de cuidados postagudos (PAC), a menudo se transfieren con información insuficiente o inexacta de su hospital de referencia (65–67). Esto presenta un importante problema de seguridad, especialmente porque las unidades de rehabilitación aceptan muchos pacientes pluripatológicos y posoperatorios agudos que con frecuencia requieren atención continua en el momento agudo por lo que cierta información es esencial para proporcionar una atención segura y eficaz. Sin embargo, el traspaso a la planta de hospitalización de rehabilitación presenta una gran oportunidad para la mala comunicación con déficits de comunicación e informaciones inexactas, repercutiendo negativamente en los pacientes ya que se incrementa el riesgo de eventos adversos.

Otro estudio centrado en la hospitalización es el de Guo et al. (68) que será el primero en examinar el estado de la seguridad del paciente en la rehabilitación de pacientes con lesión cerebral adquirida (LCA). Este estudio examina la incidencia y la naturaleza de los eventos adversos en pacientes hospitalizados con LCA en Canadá. Los eventos adversos afectaron al 52,8% de los pacientes. La mayoría de los eventos adversos identificados fueron de gravedad leve (98,51%) y el resto fueron de gravedad moderada. Los dos tipos más comunes de eventos adversos fueron 1) incidencias del paciente (56,72%) como caídas, úlceras por presión y desgarros cutáneos, y 2) comportamientos del paciente como pérdida de pacientes, agresión o conductas sexuales (16,42%), estos últimos relacionados con los déficits conductuales

y cognitivos complejos asociados a la lesión cerebral. Concluyen que es probable que sean estrategias adicionales para monitorizar la seguridad del paciente más allá de la notificación voluntaria de incidentes necesarias para comprender mejor y responder a los riesgos de seguridad del paciente en entornos de rehabilitación neurológica sobre todo por las características especiales de dichos pacientes.

Por último, nos centraremos en los eventos adversos o fallos de seguridad relacionados con el tratamiento de fisioterapia; sin embargo, a pesar de ser la herramienta terapéutica más empleada en Rehabilitación no hay mucha literatura científica que recoja esta información.

Los eventos adversos en fisioterapia ocurren durante la ejecución de un determinado tratamiento y pueden ser fatales para el paciente durante su aplicación, por ello se necesita una apropiada indicación, un diagnóstico preciso y la elección de un profesional en fisioterapia capacitado para su correcta aplicación (69).

En 2013 en la David G Simons Academy (DGSA)(70) se llevó a cabo un estudio sobre los posibles EA de la terapia de punción seca sobre puntos gatillo musculares. Se informaron un total de 1463 (19,18%) EA leves en 7629 tratamientos realizados. Los EA comunes incluyeron hematomas (7,5%), sangrado (4,65%), dolor durante el tratamiento (3,01%) y dolor después del tratamiento (2,19%). Los EA poco frecuentes fueron agravamiento de los síntomas (0,88%), somnolencia (0,26%), dolor de cabeza (0,14%) y náuseas (0,13%). Los EA raros fueron fatiga (0,04%), emociones alteradas (0,04%), temblores, picazón, claustrofobia y entumecimiento, todos 0,01%. Si bien los EA leves se informaron con mucha frecuencia en este estudio, no se produjeron EA significativos. Concluyen que, para los fisioterapeutas encuestados, la terapia de punción seca sobre puntos gatillo musculares parecía ser un tratamiento seguro.

Milena et al. (69) en 2021, realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar los efectos de los eventos adversos reportados en los tratamientos de fisioterapia en unidades de cuidados intensivos, terapia física, terapia manual y tele-rehabilitación. Los eventos adversos derivados de la intervención de fisioterapia respiratoria en unidades de cuidados intensivos son por causas de la limpieza de las vías respiratorias (tubo endotraqueal, traqueotomía, oral o nasal), el aumento de presión positiva por medio de la hiperinflación (maniobra manual de reclutamiento o con ventilador), así como complicaciones en la vía aérea por dispositivo invasivo (71). En cuanto a la terapia física, ésta puede desencadenar eventos adversos según sea la condición de salud de los pacientes (comorbilidades, obesidad, edad avanzada, etc.). La evidencia reporta que el ejercicio físico en poblaciones con características como las descritas

genera eventos adversos como caídas, dolores articulares, fracturas, deshidratación, etc. (72,73). La incidencia de eventos adversos desencadenados de la terapia manual es baja (0,13 %); además, suelen ser transitorios, generalmente se manifiestan durante la aplicación de la terapia y desaparecen en las primeras 24 a 72 horas después del procedimiento, estableciendo un riesgo de leve a moderado (74). Por último, la implementación de la tele-rehabilitación en adultos mayores, ha llevado a la notificación de eventos adversos; la evidencia los ha categorizado como leves por su mínimo impacto en la salud, las causas determinantes para su ocurrencia están relacionada con la inexperiencia en el uso de tecnología y la modalidad en que se aplica, igualmente los eventos categorizados como leves son de corta duración, principalmente están asociados con dolor tardío post primera sesión de entrenamiento y fatiga general, igualmente son asumidos como efectos naturales esperados de la intervención, mientras que los eventos adversos leves de corta y mediana duración asociados con mareos, náuseas, vómitos y caídas, determinan para el fisioterapeuta reestructuración de la intervención en términos de la dosificación e intensidad de las sesiones (75).

Recientemente, en julio de 2023, en el hospital de Rofaydeh, Teherán (Irán), Rahimi et al. (76) llevaron a cabo un estudio mediante entrevistas semiestructuradas con 16 miembros del equipo de rehabilitación. El objetivo fue explorar los factores que afectan a la seguridad del paciente a partir de las experiencias del equipo y se clasificaron en cinco categorías principales: escasez de recursos organizacionales, entorno físico inadecuado del hospital, cultura de seguridad del paciente inapropiada, participación limitada de los pacientes y sus cuidadores en los programas de seguridad y programas deficientes de prevención de caídas.

Por último, este año (2024), Annemans et al. (77) realizan un estudio cuyo objetivo es explorar el papel del entorno construido en cuestiones de seguridad relacionadas con la actividad física en un centro de rehabilitación para pacientes con esclerosis múltiple, problemas neurológicos o locomotores mediante entrevistas dirigidas (grupos focales) a pacientes, médicos, terapeutas y enfermeros. Los resultados muestran que la accesibilidad y las barreras físicas, las conexiones visuales y la independencia y la familiaridad espacial son temas importantes a la hora de identificar aspectos del entorno construido en relación con la reducción de los problemas de seguridad.

La medición de tasas de eventos adversos, evaluando la frecuencia y tipos de errores, y evaluando el cumplimiento de los estándares de atención son clave para mejorar la calidad asistencial y, sobre todo, la seguridad del paciente.

#### **1.4.4.2. Cultura de seguridad del paciente en Rehabilitación**

En el ámbito sanitario, la cultura de seguridad es fundamental para evitar errores y minimizar riesgos; y según la *National Quality Forum* su medición es esencial para el diseño de actividades de mejora (78,79).

El estudio de la cultura de seguridad en Rehabilitación está poco extendido a diferencia de otras especialidades médicas o quirúrgicas. En 2022 se llevó a cabo un estudio con el objetivo general de comparar las diferencias que existen sobre los niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal del servicio de rehabilitación en un hospital público de Lima (80) y los resultados obtenidos evidenciaron que el nivel de conocimiento de seguridad del paciente fue regular en todos los colectivos: el 92,9% del colectivo médico, el 81% de los fisioterapeutas y el 88,6% de los auxiliares de enfermería. Además, el nivel de feedback y comunicación sobre errores en el personal también fue deficiente alcanzando un nivel insatisfactorio en el 35,7% de los médicos, 14,3% de los fisioterapeutas y un 20% de los auxiliares de enfermería.

En vista de estos resultados, la seguridad del paciente requiere de mecanismos para disminuir las barreras estructurales, potenciar el liderazgo, implicar a los profesionales y evaluar sin culpabilizar. Esto permite la identificación oportuna de los problemas, la definición de las estrategias para prevenirlos y la habilidad para aprender de los errores. La cultura institucional de seguridad del paciente permite pasar del enfoque individual al grupal y pasar de la cultura autoritaria a la participativa.

Según el Institute for Healthcare Improvement, la participación de los médicos es crucial para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Por lo tanto, es fundamental desarrollar paradigmas de seguridad novedosos y factibles que involucren activamente a los médicos en la seguridad del paciente.

El Instituto de Rehabilitación de Toronto, en su programa “Brain and Spinal Cord Injury Rehabilitation Program (BSCIRP)” (81) implementaron reuniones de seguridad de médicos semanales para revisar, anticipar y abordar problemas de seguridad del paciente. Tomaron un total de 79 acciones en respuesta a mejorar la seguridad del paciente y los eventos adversos disminuyeron después de la implementación. Por tanto, las reuniones de seguridad médica son una estrategia novedosa para involucrar a los médicos en la seguridad del paciente y la mejora de la calidad en la organización de una unidad de Rehabilitación. Tienen el potencial de mejorar



la organización y la anticipación de los riesgos de seguridad al complementar los métodos existentes.

#### **1.4.4.3. Participación de los pacientes en su seguridad en Rehabilitación**

Otra estrategia de actualidad encaminada a la mejora de la seguridad del paciente es la implicación de estos en la toma de decisiones sobre su salud. En el terreno de la prevención de los sucesos adversos, es de particular importancia la cuestión de la comunicación abierta de los riesgos y sucesos adversos, así como la participación real de aquellos en el proceso de toma de decisiones, particularmente cuando estas implican riesgos graves y variaciones importantes de la calidad de vida (6). Puede afirmarse, que una manera efectiva de evitar errores y sucesos adversos es hablando sobre ellos y estimulando a los pacientes a preguntar al respecto.

La iniciativa SPEAK UP (“hable claro”), de la OMS (6), está dirigida a concienciar a los pacientes y aumentar su grado de compromiso y participación en su propia seguridad. Esta iniciativa ofrece consejos a los pacientes tales como: que pregunten si tienen dudas o preocupación, si algo no entienden que lo vuelvan a preguntar, que se aseguren de que están recibiendo los tratamientos y medicamentos apropiados, que se informen acerca de su patología y que participen en las decisiones terapéuticas.

La seguridad del paciente durante la realización de las sesiones de tratamiento influye en la percepción de calidad asistencial que reciben los pacientes. Medina-Mirapeix et al. (59) en su trabajo aportan información importante a la literatura que relaciona los factores ambientales con la calidad del servicio y resaltan la necesidad de que los médicos rehabilitados, fisioterapeutas y la administración revisen los entornos de tratamiento desde el punto de vista de los pacientes. Los hallazgos del estudio implican una necesidad y una oportunidad de desarrollar cuestionarios para recoger las experiencias de los pacientes con el entorno en los servicios de rehabilitación para proporcionar datos empíricos y cuantitativos para su uso posterior en investigación sobre seguridad del paciente poniendo de manifiesto la importancia de la participación de los pacientes en su proceso asistencial.

#### **1.4.4.4. Falta de estudios sobre seguridad del paciente en Rehabilitación**

Si bien las preocupaciones por la seguridad del paciente han existido durante décadas. Gran parte de la literatura hasta la fecha se ha centrado en la detección, notificación y manejo de eventos adversos dentro de los entornos de cuidados agudos, ya que estos son sitios de una variedad de procedimientos médicos con potencial riesgo y tratamientos farmacológicos extensos con un alto potencial de errores y accidentes. Sin embargo, para entornos diferentes como la rehabilitación, la notificación de eventos de seguridad puede verse agravada por la falta de conocimiento de los fenómenos únicos de seguridad del paciente que existen ya que hay diferencias en los problemas clínicos, las poblaciones de pacientes, la composición de los equipos multidisciplinares (médicos rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales,...), disponibilidad reducida de médicos y mayor participación de los pacientes y familiares dentro de un modelo de atención centrado en el paciente (82).

La literatura sobre seguridad del paciente en rehabilitación se ha centrado más en procesos y resultados particulares, por ejemplo, prevención de caídas (83) y el uso de restricciones físicas y barandillas. El equipamiento usado en el entorno de rehabilitación (por ejemplo, sillas de ruedas, equipo de baño adaptado y otras modalidades) también ha sido examinado (82). La planificación del alta y la evaluación domiciliaria también han ocupado un lugar destacado en la literatura (84,85). Sin embargo, estos estudios se centran en un aspecto específico de seguridad del paciente, y no consideran el contexto o entorno más amplio en el que se producen los fallos de seguridad dentro de la rehabilitación.

En este contexto, The Toronto Rehabilitation Institute (Toronto Rehab) (82) respondió a la necesidad de mejorar la seguridad del paciente específicamente a través de una visión puramente rehabilitadora y llevaron a cabo un estudio donde obtuvieron que la mayoría de los incidentes se clasifican en una de estas tres categorías: caídas de pacientes, errores de medicación e incidentes involucrando pacientes agresivos. Sin embargo, los factores facilitadores y los obstáculos a la seguridad, incluido el trabajo en equipo y la comunicación, la cultura organizacional y los recursos, son similares a los problemas de seguridad planteados en otros escenarios.

Los médicos rehabilitadores deben estar preparados para examinar sus prácticas clínicas con un ojo crítico. El primer paso es convertirse en conocedores de los tipos de errores más comunes, la posibilidad de que ocurran en rehabilitación, y conocer las medidas eficaces para reducir la probabilidad de errores y cualquier daño posterior. Por lo tanto, es importante realizar estudios

para obtener resultados fiables y exclusivos sobre seguridad del paciente en Rehabilitación para que así los facultativos tengan el conocimiento sobre seguridad del paciente en su especialidad y poder reducir la probabilidad de cometer dichos errores y disminuir los eventos adversos asociados a su labor asistencial.



## **Justificación y Objetivos**



## 2. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la supervivencia tras las lesiones o patologías, de la esperanza de vida y de la demanda social que reivindica un mayor bienestar físico, psíquico y social hace considerar a la especialidad de Medicina física y Rehabilitación como una estrategia de salud tras la prevención y tratamiento, que permite contribuir a disminuir la carga económica y a mejorar la calidad de vida de las personas que sufren una discapacidad (86).

Por tanto, la Medicina Física y Rehabilitación es una especialidad en auge que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional, independencia y, sobre todo, calidad de vida (47).

Teniendo presente que uno de los objetivos de la especialidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes, la calidad asistencial es fundamental y dentro de ella, la seguridad del paciente tiene un papel muy importante al que se le debería prestar gran atención.

Si bien, la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación es una especialidad con ciertas peculiaridades que hacen muy difícil asemejarla al resto a la hora de hacer estudios de seguridad del paciente, ya que en general no es una especialidad hospitalaria ni quirúrgica. Su labor principal se realiza en consulta, aunque tiene el añadido de tener el gimnasio de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y en ocasiones planta de hospitalización. Además, los eventos adversos y los factores que impactan sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente son únicos en un entorno de rehabilitación.

Es fundamental el conocimiento de los tipos de errores más comunes, la posibilidad de que ocurran en rehabilitación, y conocer las medidas eficaces para reducir la probabilidad de errores y cualquier daño posterior.

Por lo tanto, es imprescindible realizar estudios para obtener resultados fiables y exclusivos sobre seguridad del paciente en Rehabilitación para poder reducir la probabilidad de cometer dichos errores y disminuir los eventos adversos asociados a la labor asistencial en dicha especialidad.

Dada la escasez de estudios en este ámbito con nuestro trabajo pretendemos dar una visión, en base a la opinión de expertos, de cuáles son los principales problemas de seguridad en Rehabilitación en la Región de Murcia.





### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo principal**

Identificar, según la opinión de expertos, cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud.

#### **3.2. Objetivo secundario**

Establecer un listado por orden de importancia de los problemas de seguridad del paciente según la opinión de expertos.



## **Material y Método**



## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Contexto del estudio

El Servicio Murciano de Salud es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la comunidad autónoma española de la Región de Murcia, perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

La organización territorial del Servicio Murciano de Salud está contemplada en el Decreto 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. Así la Región de Murcia se dividía en seis áreas de salud. Sin embargo, por la Orden de 24 de abril de 2009 (BORM de 7 de mayo de 2009), de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno autonómico se procedió a modificar las áreas de salud que hasta el momento dividían el territorio de la Región. La actual división queda así (87):

Área de Salud	Denominación	Hospital de referencia	Población
I	Murcia/Oeste	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	El Palmar, Murcia
II	Cartagena	Hospital General Universitario Santa María del Rosell -Santa Lucía	Cartagena
III	Lorca	Hospital General Universitario Rafael Méndez	Lorca
IV	Noroeste	Hospital Comarcal del Noroeste	Caravaca de la Cruz
V	Altiplano	Hospital Virgen del Castillo	Yecla
VI	Vega Media del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer	Murcia
VII	Murcia/Este	Hospital General Universitario Reina Sofía	Murcia
VIII	Mar Menor	Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor	San Javier
IX	Vega Alta del Segura	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao	Cieza

En cada una de estas áreas de salud se encuentra un servicio de Rehabilitación dotado de consultas externas y salas de tratamiento fisioterápico, y en algunos de ellos también presentan terapia ocupacional, logopedia e hidroterapia.

En estos servicios se presta atención a los pacientes en horario de mañana y tarde, ya sea en consulta médica como en sala de tratamiento.

Nuestro estudio se ha llevado a cabo trabajando con los 9 Servicios de Medicina Física y Rehabilitación pertenecientes al Servicio Murciano de Salud.

## **4.2. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cualitativo dividido en tres fases: Fase 1: Grupos focales, Fase 2: Elaboración del cuestionario y Fase 3: Método Delphi. La elección del método se justifica por la escasez información previa disponible sobre el tema y considerarse necesaria la opinión de personas expertas, con conocimientos y experiencia contrastada.

### **4.2.1. Fase 1. Grupos focales**

La primera fase del estudio se realizó a través de la técnica del grupo focal.

#### **4.2.1.1. Selección de participantes**

La selección de participantes se realizó mediante muestreo de conveniencia para garantizar la participación voluntaria. El muestreo de conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio utilizada para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra.

Los participantes fueron escogidos entre facultativos y fisioterapeutas de los distintos servicios de Rehabilitación de los distintos hospitales de la Región de Murcia.

Para ello, nos pusimos en contacto con un representante de cada centro hospitalario, escogido por cercanía profesional, para que transmitiera al resto de facultativos y fisioterapeutas de su centro de trabajo el propósito del estudio y poder obtener voluntarios para participar en los grupos focales.

A todos los participantes identificados se les envió un mensaje vía email y vía aplicación de chat (WhatsApp) con la invitación a un grupo de trabajo para organizar las reuniones en función de la

disponibilidad horaria de los participantes. Además, se les informó de los objetivos de estas, así como las fechas y horas disponibles.

#### **4.2.1.2. Objetivos de los grupos focales**

El objetivo de los grupos focales consistió en identificar los problemas relacionados con la seguridad del paciente en un servicio de Rehabilitación en relación el acceso, las infraestructuras, el desarrollo de las consultas, el gimnasio de fisioterapia, etc. según la opinión de los participantes en las jornadas de trabajo.

#### **4.2.1.3. Dinámica del trabajo grupal**

Llevamos a cabo 3 reuniones de trabajo mediante la aplicación de videollamadas GoogleMeet de una duración aproximada de 1 hora en el mes de julio de 2021 con la participación de 5-6 facultativos/fisioterapeutas de los distintos hospitales de la Región. Los participantes fueron distintos en cada una de las reuniones.

En cada grupo de trabajo se siguieron las siguientes fases:

- Presentación del coordinador/moderador (investigadora principal del proyecto), relator (Dra. Alba Palazón Moreno, FEA de Rehabilitación) y los participantes en la reunión, sin tener observadores extras.
- Explicación de la metodología que se utilizó para el trabajo grupal (ANEXO 1):
  - Introducción breve del tema a analizar: ¿Qué conocimientos se tienen acerca de la seguridad del paciente en Rehabilitación? ¿Hay estudios previos? ¿Es un problema relevante a tener en cuenta en relación a la calidad asistencial?
  - Presentación de una pregunta clave al grupo, dando tiempo de reflexión personal a fin de que todos los participantes del grupo anoten todas las ideas que se le ocurran individualmente. Seguidamente, se recogen todas las ideas de los participantes y se discuten para lograr el mayor número de ideas posibles sobre la pregunta planteada.
- Pregunta clave: Identifique los problemas de seguridad del paciente que pueden darse en un servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Con el fin de facilitar la clasificación de los problemas de seguridad del paciente el coordinador empleó un guion basado en las distintas categorías de factores contribuyentes recomendadas

por la NPSA (National Patient Safety Agency) (88) del Reino Unido (ANEXO 2). Las clases de eventos adversos relacionados con seguridad del paciente son relacionados con la identificación del paciente, con el diagnóstico o pruebas diagnósticas, con la comunicación con el paciente y su familia o con otros profesionales, con una valoración del estado general del paciente, con procedimientos e intervención, con medicamentos, instalaciones, con la organización del sistema, con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad y relacionados con las salas de fisioterapia.

Al finalizar las reuniones de trabajo se obtuvo un listado de posibles eventos adversos o factores contribuyentes que analizamos y agrupamos en las distintas categorías mencionadas anteriormente.

#### **4.2.2. Fase 2. Elaboración del cuestionario**

La segunda fase del estudio consistió, en base a los datos obtenidos en los grupos focales de la Fase 1, en la elaboración de un cuestionario estructurado en distintos bloques en función de las categorías de los problemas de seguridad del paciente (ANEXO 3):

- A. Identificación del paciente
- B. Diagnóstico
- C. Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales.
- D. Procedimientos e intervenciones sobre el paciente.
- E. Prescripción de fármacos.
- F. Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación.
- G. Organización del sistema.
- H. Comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad.
- I. Sala de tratamiento de fisioterapia.

En cada bloque se incluyeron distintas preguntas a modo de frases simples. Al querer emplear nuestro cuestionario en un método Delphi, que busca la opinión de los expertos sobre un tema, las escalas de valoración necesarias son de tipo Liker que buscan el acuerdo o desacuerdo entre ellos, además de la frecuencia en la que ocurren los eventos adversos citados en cada una de las categorías. Por tanto, empleamos 2 tipos de escalas de valoración, que se puntúan del 1 al 5:

- Escala de opinión:
  - Nada de acuerdo
  - Poco de acuerdo



- Indiferente
  - De acuerdo
  - Muy de acuerdo
- Escala de frecuencia:
- Nunca
  - Casi nunca
  - A veces
  - Muchas veces
  - Siempre

Este cuestionario será empleado en la Fase 3 y se enviará a los participantes junto con las instrucciones para su cumplimentación.

#### 4.2.3. Fase 3. Método Delphi

La tercera fase del estudio se realizará siguiendo la técnica de consenso Delphi.

##### 4.2.3.1. Desarrollo de la técnica Delphi

Las etapas de la técnica Delphi se representan en el siguiente diagrama:

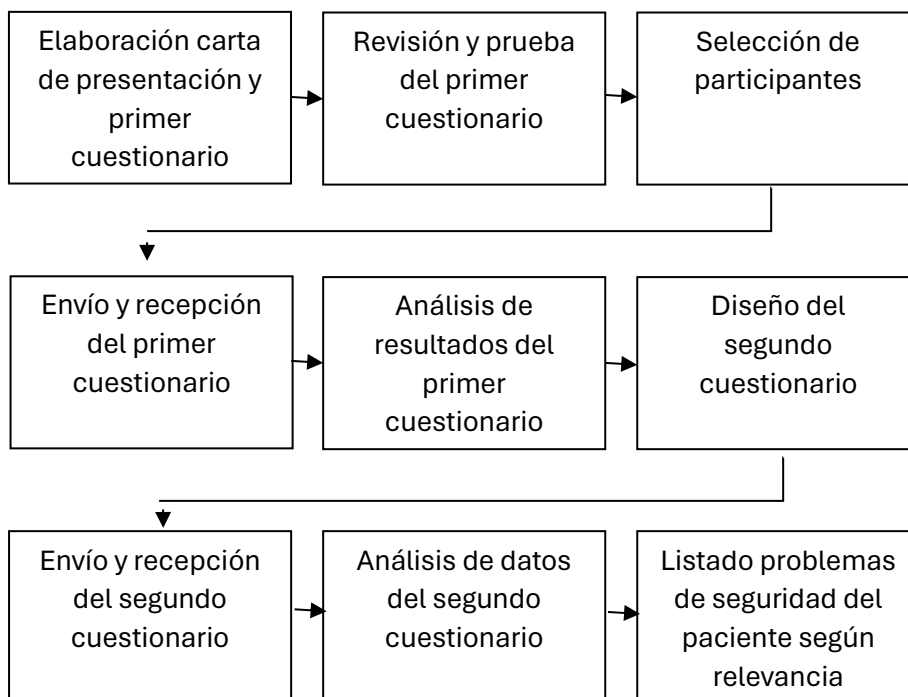


Figura 1. Diagrama de trabajo método Delphi

#### **4.2.3.1.1. Elaboración de la carta de presentación y primer cuestionario**

Se elaboró una carta de presentación, que acompañaba al cuestionario elaborado en la Fase 2 (elaboración del cuestionario), para informar a los participantes acerca de las fases del estudio: antecedentes, objetivos, trabajo a desarrollar, cronograma, compromiso del equipo investigador y usos potenciales de los resultados (ANEXO 4).

El primer cuestionario Delphi constaba de 48 preguntas distribuidas en 9 bloques, tal y como puede apreciarse en el ANEXO 3:

- A. Identificación del paciente
- B. Diagnóstico
- C. Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales.
- D. Procedimientos e intervenciones sobre el paciente.
- E. Prescripción de fármacos.
- F. Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación.
- G. Organización del sistema.
- H. Comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad.
- I. Sala de tratamiento de fisioterapia.

Se realizó en formato “Formulario de Google” para facilitar su envío y cumplimentación por parte de los participantes.

#### **4.2.3.1.2. Revisión y prueba del primer cuestionario**

La revisión se realizó con 5 profesionales sanitarios familiarizados con el estudio. El objetivo fue identificar preguntas de difícil comprensión, comprobar la facilidad en la cumplimentación del cuestionario y mejorar el formato. Para ello se envió el cuestionario en formato “Formulario de Google” con 3 preguntas sobre cada una de las preguntas del cuestionario del estudio. Estas preguntas fueron:

1. ¿Es comprensible? SI NO
2. ¿La escala de valoración es adecuada? SI NO
3. ¿Realizaría alguna modificación o sugerencia? Indique cual

Tras las sugerencias propuestas se realizaron modificaciones oportunas y se elaboró el cuestionario definitivo (ANEXO 5).

#### **4.2.3.1.3. Selección de participantes**

Se considerarán expertos aquellas personas que lleven más de tres años desempeñando su actividad profesional en servicios de rehabilitación, tanto en puestos de jefatura de servicio como de atención directa al paciente (facultativos médicos) así como fisioterapeutas, que muestren su voluntad de participar.

El proceso de selección se llevó a cabo mediante el envío de un correo electrónico a todos los jefes de servicio de los servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud explicando el estudio que se va a realizar, los criterios para la participación y solicitando que 2 facultativos y 2 fisioterapeutas de cada centro participen de manera voluntaria.

#### **4.2.3.1.4. Envío y recepción del primer cuestionario**

El email enviado contenía la carta de presentación junto con el cuestionario en formato "Formulario de Google" con el objetivo de que lo difundieran al resto de facultativos y al supervisor de fisioterapia para que a su vez lo difundiera entre los fisioterapeutas.

Fueron necesarios tres recordatorios para el envío del cuestionario mediante correo electrónico para obtener un número de participantes representativo de cada hospital y alcanzar el número mínimo de participantes para poder llevar a cabo un método Delphi.

#### **4.2.3.1.5. Análisis de resultados del primer cuestionario**

El procedimiento para el análisis de la información del primer cuestionario Delphi, al tratarse de preguntas cerradas con respuestas categorizadas, se realizó analizando las respuestas en forma de distribución de frecuencias y rangos intercuartílicos. Este análisis nos permitió valorar la variabilidad de las respuestas entre los expertos con el fin de matizar las respuestas dadas en el cuestionario.

#### **4.2.3.1.6. Diseño del segundo cuestionario**

En base a los datos obtenidos en el primer cuestionario se elaboramos un segundo cuestionario con las mismas preguntas reformuladas incluyendo las aclaraciones pertinentes con el objetivo de matizar las respuestas proporcionadas en el primero y obtener respuestas más precisas de

los expertos (ANEXO 6). Al igual que en el primer envío, el cuestionario se acompañó de su correspondiente carta de presentación (ANEXO 7).

#### **4.2.3.1.7. Envío y recepción del segundo cuestionario y recordatorios**

El número de recordatorios que se estableció para el envío del cuestionario fue de uno mediante el envío de un correo electrónico a los participantes del panel de expertos.

#### **4.2.3.1.8. Análisis de datos del segundo cuestionario**

Al igual que con el primer cuestionario, el procedimiento para el análisis de la información del segundo cuestionario Delphi, al tratarse de preguntas cerradas con respuestas categorizadas se analizó en forma de distribución de frecuencias y rangos intercuartílicos.

#### **4.2.3.1.9. Elaboración de listado de problemas de seguridad del paciente en función de su relevancia**

Una vez recogidos los datos extraídos de ambos cuestionarios elaboramos un informe final con los resultados del estudio en el que se estableció el listado de problemas de seguridad del paciente en función de su importancia, según la opinión de cada uno de los expertos.

### **4.3. Aspectos legales**

El equipo investigador se compromete a cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar los principios de anonimidad y confidencialidad de la información correspondiente a cada experto participante en el estudio. Y así se indica en cada una de las cartas de presentación de los cuestionarios remitidos al panel de expertos.

El estudio fue autorizado y aprobado por parte de la Comisión de evaluación de trabajos de Investigación del Área VI de salud, así como por la gerencia del Hospital el 3 de marzo de 2021. (ANEXO 8) y se firma el documento de compromiso de confidencialidad para proyectos de investigación (ANEXO 9). Además, recibió la autorización de la Comisión Académica del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia y se firmó el documento de compromiso con la finalidad de asegurar la realización y seguimiento del plan de investigación original e innovador (ANEXO 10).

#### 4.4. Cronograma del estudio

Para facilitar la comprensión de las diferentes fases del estudio se ha elaborado un cronograma en el que se detallan las actividades llevadas a cabo.

En la Tabla 3 se detalla el cronograma del estudio dividido por meses y actividades.

CRONOGRAMA	DURACIÓN							
	ENER-FEBR 21	MARZ 21	MAY-JUL 21	NOV-DIC 21	JUN 22	SEPT 22-ENER 23	ABRIL 23-MAY 23	OCT-DIC 23
Elaboración Ficha-Proyecto: metodología								
Comité de investigación								
1. Grupos focales								
2. Cuestionario								
3. Delphi: Revisión y prueba 1er cuestionario								
3. Delphi: 1er envío Cuestionario								
3. Delphi: Recogida de información 1er cuestionario								
3. Delphi: 2do envío Cuestionario								
3. Delphi: Recogida de información 2do cuestionario								
3. Delphi: Informe y listado de problemas de seguridad								

#### **4.5. Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS 29.0 para Windows (SPSS® Inc., Chicago, IL), a partir de datos introducidos mediante la hoja de cálculo EXCEL.

El análisis de las respuestas de preguntas se realizó en forma de distribución de frecuencias y rangos intercuartílicos, y se interpretó de la siguiente manera:

La mediana consiste en el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados, es decir, la respuesta de cada una de las preguntas que se encuentra en posición central dentro de la distribución. En las preguntas con escala de opinión (1-Nada de acuerdo, 2-Poco de acuerdo, 3-Indiferente, 4-De acuerdo y 5-Muy de acuerdo), las medianas 1 y 2 indican un acuerdo negativo (no hay un problema de seguridad), las medianas 3 indican que no hay acuerdo (no está claro si hay problema de seguridad) y las medianas 4 y 5 indican un acuerdo positivo en las respuestas (hay un problema de seguridad). En las preguntas de escala de frecuencia (1-Nunca, 2-Casi nunca, 3-A veces, 4-Muchas veces y 5-Siempre), las medianas 1 y 2 indican frecuencia negativa, la mediana 3 indica una frecuencia inconstante (a veces) y la mediana 4 y 5 indican frecuencia positiva. De esta manera, en las tablas incluidas en este apartado, recogeremos los porcentajes de acuerdos negativos y positivos, y de frecuencia negativa o positiva.

A su vez, se analizó el rango intercuartílico que es una medida de la dispersión estadística de la distribución, es decir, como de “dispersas” están las respuestas de cada una de las preguntas del cuestionario. Un valor de rango grande indica mayor dispersión en los datos. Un valor de rango pequeño indica que hay menos dispersión en los datos. En nuestro caso, si el rango intercuartílico es menor o igual a 1 podemos considerar que las respuestas son homogéneas entre los expertos y hay acuerdo entre ellos; y si el rango es 2 o más que hay excesiva dispersión de los datos, no hay acuerdo entre los expertos, y por tanto es preciso reformular la pregunta para alcanzar un mayor grado de acuerdo.

## **Resultados**

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Tasa de respuesta**

El número de expertos que aceptaron participar en el Delphi fue de 36 (tabla 4). Todos los servicios de rehabilitación de la región de Murcia estuvieron representados. A todos ellos se les envió el cuestionario por correo electrónico. De los 36 panelistas, un 83,3% cumplimentó el primer cuestionario (un 94,4% de médicos y un 72,2% de fisioterapeutas); los que no contestaron se excusaron por falta de tiempo.

El primer cuestionario Delphi se envió el 14 de septiembre de 2022 y fueron necesarios 3 recordatorios posteriores el 17 de octubre de 2022, el 28 de noviembre de 2022 y el 9 de enero de 2023, siendo recepcionado el primero el día 14 de septiembre de 2022 y el último el 23 de enero de 2023.

La calidad de la cumplimentación de los cuestionarios fue buena, a pesar de su extensión.

El segundo cuestionario Delphi fue enviado a todos los panelistas el día 12 de abril de 2023, con un recordatorio el 20 de abril de 2023, recibándose cumplimentados entre el 12 de abril de 2023 y el 04 de mayo de 2023. La tasa de respuesta fue de un 72,2% (un 88,8% de médicos y un 55,5% de fisioterapeutas), considerándose todos válidos; los que no contestaron se excusaron por falta de tiempo (tabla 5).



Tabla 4. Tasa de respuesta en el primer cuestionario.

HOSPITALES	PRIMER CUESTIONARIO						
	Enviados		Contestados		Tasa de respuesta		
	Médicos	Fisioterapeutas	Médicos	Fisioterapeutas	Médicos	Fisioterapeutas	Total
H. Morales Meseguer (Murcia)	2	2	2	2	100%	100%	100%
H. Reina Sofía (Murcia)	2	2	2	0	100%	0%	50%
H. Rafael Méndez (Lorca)	2	2	1	2	50%	100%	75%
H. Santa Lucía (Cartagena)	2	2	2	2	100%	100%	100%
H. Hospital Virgen del Castillo (Yecla)	2	2	2	2	100%	100%	100%
H. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	2	2	2	2	100%	100%	100%
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza)	2	2	2	0	100%	0%	50%
Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca)	2	2	2	2	100%	100%	100%
Hospital de los Arcos del Mar Menor (San Javier)	2	2	2	1	100%	50%	75%
Total	18	18	17	13	94,4%	72,2%	83,3%

Tabla 5. Tasa de respuesta en el segundo cuestionario.

HOSPITALES	SEGUNDO CUESTIONARIO						
	Enviados		Contestados		Tasa de respuesta		
	Médicos	Fisioterapeutas	Médicos	Fisioterapeutas	Médicos	Fisioterapeutas	Total
H. Morales Meseguer (Murcia)	2	2	2	2	100%	100%	100%
H. Reina Sofía (Murcia)	2	2	2	0	100%	0%	50%
H. Rafael Méndez (Lorca)	2	2	1	0	50%	0%	25%
H. Santa Lucía (Cartagena)	2	2	2	2	100%	100%	100%
H. Hospital Virgen del Castillo (Yecla)	2	2	2	2	100%	100%	100%
H. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	2	2	1	2	50%	100%	75%
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza)	2	2	2	0	100%	0%	50%
Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca)	2	2	2	1	100%	50%	75%
Hospital de los Arcos del Mar Menor (San Javier)	2	2	2	1	100%	50%	75%
Total	18	18	16	10	88,8%	55,5%	72,2%

## **5.2. Características del panel de expertos**

El 83,3% de los expertos que cumplimentaron el primer cuestionario Delphi eran mujeres. El perfil del experto consultado era el de un profesional médico (56,7% de los encuestados) o fisioterapeuta (43,3% de los encuestados) que lleva desempeñando su trabajo 21 años o más (50%), de 11 a 15 años (23,3%), de 16 a 20 años (16,6%), de 6 a 10 años (13,3%) y de 1 a 5 años (13,3%).

## **5.3. Características del cuestionario**

El primer cuestionario Delphi constaba de 50 preguntas, 2 preguntas de identificación del panel de expertos y 48 preguntas distribuidas en 9 bloques en función de las categorías de problemas de seguridad del paciente extraídas en los grupos focales (ANEXO 5). A su vez, las preguntas fueron de dos tipos en función de la escala de valoración empleada para su cumplimentación: 27 preguntas con escala liker de acuerdo y 21 preguntas con escala de frecuencia en la que ocurren los eventos adversos.

Tras analizar los resultados, se pudo determinar la variabilidad de las respuestas entre los expertos con el fin de matizar las respuestas dadas en el cuestionario. Se obtuvieron 18 preguntas en las que había acuerdo positivo o negativo y 14 preguntas que fue necesario reformular en un segundo cuestionario, así como otras 16 preguntas referentes a las frecuencias de eventos adversos, según la experiencia individual.

En base a los datos obtenidos en el primer cuestionario se elaboró un segundo cuestionario con las mismas preguntas reformuladas incluyendo las aclaraciones pertinentes para obtener respuestas más precisas de los expertos (ANEXO 6). Este cuestionario consta de 14 preguntas en total: 10 preguntas con escala liker de acuerdo y 4 preguntas con escala de frecuencia en la que ocurren los eventos adversos.

A pesar de tener 2 grupos de expertos diferenciados, médicos por un lado y fisioterapeutas por otro, se optó por no realizar el análisis de las respuestas por separado para no disminuir el tamaño muestral y perder significación en el estudio.

#### 5.4. Incidentes y eventos adversos relacionados con la identificación de los pacientes

La identificación de los pacientes en los servicios de rehabilitación no supone un problema de seguridad del paciente en base a la opinión de los expertos (tabla 6 y 7).

En el Delphi, el 73,33% de los expertos consideran que en las consultas de rehabilitación no se producen errores en la citación de los pacientes como por ejemplo citar a un paciente con el mismo nombre, pero diferente número de historia. Sin embargo, en cuanto a la frecuencia de problemas de seguridad que estos errores pueden generar, el 40% señalan que a veces sí podrían ocurrir derivados de la citación errónea.

Por otro lado, el 50% señalan que la barrera idiomática a veces dificulta la identificación de los pacientes en las consultas y podría llevar a confusión, atendiendo al paciente incorrecto lo que podría ocasionar algún daño.

Tabla 6. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>ausencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
<b>No</b> hay errores en la citación de los pacientes como por ejemplo citar a un paciente con el mismo nombre, pero diferente NHC (escala Liker acuerdo).	22	73,33%

Tabla 7. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>frecuencia de aparición</b> de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Estos errores de identificación podrían generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	12	40%
La barrera idiomática dificulta <b>a veces</b> la identificación de los pacientes en las consultas y podría llevar a confusión, atendiendo al paciente incorrecto lo que podría ocasionar algún daño (frecuencia).	15	50%

Las medianas y rangos intercuartílicos se presentan en la tabla 8. Al haber logrado en las 3 preguntas un rango intercuartílico igual o menor a 1, no fue necesario reformular dichas preguntas para el segundo cuestionario.

Tabla 8. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la identificación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
Errores en la citación de los pacientes como por ejemplo citar a un paciente con el mismo nombre, pero diferente NHC (escala Liker acuerdo).	2	0
Estos errores de identificación podrían generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
La barrera idiomática dificulta la identificación de los pacientes en las consultas y podría llevar a confusión, atendiendo al paciente incorrecto lo que podría ocasionar algún daño (frecuencia).	3	1

### 5.5. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico

En el primer Delphi, los expertos en rehabilitación no logran llegar a un acuerdo en las distintas preguntas planteadas en el primer cuestionario en relación al diagnóstico. Como podemos observar en la tabla 9, con las medianas y rangos intercuartílicos de todas las preguntas, los expertos no logran un acuerdo tanto en las preguntas de escala Liker como en las de escala de frecuencia ya que los rangos intercuartílicos sobrepasan el valor 1 o no concuerdan los resultados de las respuestas de escala Liker con su pregunta encadenada de escala de frecuencia.

Tabla 9. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto al diagnóstico, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
Los errores diagnósticos están presentes en las consultas de rehabilitación, bien asumiendo el diagnóstico de derivación o bien realizando un diagnóstico erróneo tras la exploración física del paciente (escala Liker acuerdo).	2	2
Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
Los errores diagnósticos están presentes en las consultas de rehabilitación, bien asumiendo el diagnóstico de derivación o bien realizando un diagnóstico erróneo tras la interpretación de pruebas complementarias (escala Liker acuerdo).	3	2
Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
La identificación de las contraindicaciones para la prescripción de electroterapia no siempre se realiza de manera exhaustiva en la consulta pudiendo ocasionar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente (escala Liker acuerdo).	2	2

Es por ello, que fue necesario un segundo cuestionario aclarando las preguntas previas para intentar lograr acuerdo entre los expertos y así poder extraer información más relevante. Tras este segundo Delphi (tabla 10 y 11), el 88% de los expertos consideran que los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente, y un 80% consideran que estos errores diagnósticos pueden ocurrir debido a la incorrecta interpretación de pruebas complementarias. Esta situación podría generar problemas de seguridad del paciente, en un 64% y un 52% de los casos según lo indicado por los expertos.

En cuanto a la prescripción de electroterapia, todos los expertos están de acuerdo (100%) en que, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente.

Tabla 10. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>presencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 2.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente (escala Liker acuerdo).	22	88%
En las consultas de rehabilitación pueden ocurrir errores diagnósticos debido a la interpretación incorrecta de pruebas complementarias (escala Liker acuerdo).	20	80%
A la hora de prescribir electroterapia, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente (escala Liker acuerdo).	25	100%

Tabla 11. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Estos errores diagnósticos (asumir el diagnóstico de derivación) <b>podrían generar</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	16	64%
Estos errores diagnósticos (interpretación errónea de pruebas complementarias) <b>podrían generar</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	13	52%

Las medianas e intervalos intercuartílicos del segundo cuestionario se presentan en la tabla 12. Gracias a la reformulación de las preguntas, más claras, se lograron medianas de 4 y 5 en ambos tipos de preguntas y rangos intercuartílicos  $< 0 = a 1$ , lo que muestra resultados consistentes.

Tabla 12. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto al diagnóstico, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
Los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente (escala Liker acuerdo).	4	1
Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	4	1
En las consultas de rehabilitación pueden ocurrir errores diagnósticos debido a la interpretación incorrecta de pruebas complementarias (escala Liker acuerdo).	4	0
Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	4	1
A la hora de prescribir electroterapia, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente (escala Liker acuerdo).	5	1



En resumen, los errores diagnósticos en los servicios de rehabilitación asumiendo el diagnóstico de derivación o interpretando de forma incorrecta las pruebas complementarias suponen un problema de seguridad del paciente en base a la opinión de los expertos (tabla 10, 11 y 12).

### 5.6. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales

En el primer Delphi, los expertos en rehabilitación no logran llegar a un acuerdo en la pregunta acerca de las herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas, ya que el rango intercuartílico de dicha pregunta supera el valor 1. Por tanto, esta pregunta, junto con su pregunta asociada de escala de frecuencia, fue necesario reformularlas y pasar al segundo Delphi. En el resto de las preguntas, los expertos sí llegan a un acuerdo.

Tabla 13. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario (escala Liker acuerdo).	2	2
Este problema de comunicación podría generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario (escala Liker acuerdo).	4	1
Este problema de comunicación podría generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico (escala Liker acuerdo).	4	1
El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar (escala Liker acuerdo).	4	1

Este poco tiempo de consulta podría generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
---	---	---

Los expertos señalan, con un 60% de acuerdo, que no hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario. En cuanto al tiempo de consulta, el 66,67% consideran que el poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico. Además, este poco tiempo puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar, tal y como indican el 53,3% de los expertos (Tabla 14).

Estas herramientas de comunicación deficitarias entre profesionales, así como el poco tiempo de consulta podrían generar a veces problemas de seguridad en los pacientes (40% y 36,66% de las respuestas de los expertos) (Tabla 15).

Tabla 14. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>presencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales en el Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario (escala Liker acuerdo).	18	60%
El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico (escala Liker acuerdo).	20	66,67%
El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar (escala Liker acuerdo).	16	53,33%

Tabla 15. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Este problema de comunicación (entre rehabilitadores y otros especialistas) podría generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	12	40%
El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta podría generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	11	36,66%

En la siguiente tabla (Tabla 16), se muestran las preguntas previas que fue necesario reformular para intentar lograr acuerdo entre los expertos y así poder extraer información más relevante. Gracias a la reformulación de las preguntas, los rangos intercuartílicos del segundo cuestionario fueron  $< 0 = a 1$ , lo que muestra resultados consistentes.

Tabla 16. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
La comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello (escala Liker acuerdo).	4	1
Esta comunicación ineficaz (entre medico rehabilitadores y fisioterapeutas) podría generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1

Tras este segundo Delphi (Tabla 17 y 18), el 92% de los expertos consideran que la comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello; pudiendo generar a veces problemas de seguridad en los pacientes (44%).

Tabla 17. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **presencia de problemas** de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales en el Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
La comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello (escala Liker acuerdo).	23	92%

Tabla 18. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a la identificación de los pacientes en el Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Esta comunicación ineficaz (entre medico rehabilitadores y fisioterapeutas) podría generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	11	44%

Los problemas de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso rehabilitador ya sean médicos rehabilitados, otros especialistas y fisioterapeutas son evidentes según la opinión de expertos puesto que no existen herramientas adecuadas para ello. Además, el poco tiempo disponible en las consultas de rehabilitación para explicar al paciente el proceso puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta, así como su diagnóstico y posología de los fármacos que debe tomar.

### **5.7. Incidentes y eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente**

En el Delphi, el 40% de los expertos consideran que el proceso de identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos como la infiltración de PRP no genera problemas de seguridad en los pacientes (Tabla 19). Sin embargo, el 60% considera que no existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que podría ocasionar un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención (Tabla 20).

Tabla 19. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **ausencia de problemas** de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en el Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
El proceso de identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos como la infiltración de PRP <b>no genera</b> problemas de seguridad en los pacientes (escala Liker acuerdo).	12	40%

Tabla 20. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **presencia de problemas** de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en el Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
No existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que <b>podría ocasionar</b> un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención (escala Liker acuerdo).	18	60%

Las medianas e intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 21. Al haber logrado en las 2 preguntas un rango intercuartílico igual o menor a 1, no fue necesario reformular dichas preguntas para el segundo cuestionario.

Tabla 21. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a los procedimientos e intervenciones sobre el paciente, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
El proceso de identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos como la infiltración de PRP <b>no genera</b> problemas de seguridad en los pacientes (escala Liker acuerdo).	2	1
No existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que <b>podría ocasionar</b> un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención (escala Liker acuerdo).	4	0

Los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en los servicios de rehabilitación son frecuentes. A pesar de esto, no existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado siendo muy importante la verificación por el facultativo antes de realizar la intervención. Sin embargo, la identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos no genera problemas de seguridad en los pacientes.

### 5.8. Incidentes y eventos adversos relacionados con la prescripción de fármacos

En el primer cuestionario, los expertos en rehabilitación no logran llegar a un acuerdo como podemos observar en la tabla 22 a que el rango intercuartílico sobrepasa el valor 1.

Tabla 22. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la prescripción de fármacos. Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que en ocasiones no coincide con lo redactado en el informe que entregamos al paciente (escala Liker acuerdo).	4	2

Es por ello, que fue necesario un segundo cuestionario reformulando la pregunta para intentar lograr acuerdo entre los expertos y así poder extraer información más relevante. Tras este segundo Delphi (Tabla 23), el 60% de los expertos considera que la prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc.

Tabla 23. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>presencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la prescripción de fármacos en el Delphi 2.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática <b>puede ocasionar fallos</b> en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc. (escala Liker acuerdo).	15	60%

La mediana y rango intercuartílico del segundo cuestionario se presentan en la tabla 24. Gracias a la reformulación de la pregunta, se logró una respuesta más consistente.

Tabla 24. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en cuanto a la prescripción de fármacos. Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática <b>puede ocasionar fallos</b> en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc. (escala Liker acuerdo).	4	1

### 5.9. Incidentes y eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación

En el primer Delphi (Tabla 25), los expertos en rehabilitación no logran llegar a un acuerdo en las preguntas acerca del mobiliario en los servicios de rehabilitación, así como la situación del carro de paradas y la accesibilidad a los aseos, ya que el rango intercuartílico de dichas preguntas supera el valor 1. Por tanto, estas preguntas, junto con su pregunta asociada de escala de frecuencia, fue necesario reformularlas y pasar al segundo Delphi. En el resto de las preguntas, los expertos sí logran a un acuerdo.

Tabla 25. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como caídas (frecuencia).	3	1
El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como tiempos de espera prolongados, provocando retrasos en medicación, de ingesta en diabéticos....(frecuencia).	4	0

El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como inasistencia a consulta o sala de tratamiento (frecuencia).	3	1
El acceso a los servicios de rehabilitación no está adaptado a todo tipo de pacientes dificultando el acceso a muchos de ellos (escala Liker acuerdo).	2	1
Las dificultades en los accesos pueden ocasionar problemas de seguridad en los pacientes como por ejemplo caídas (frecuencia).	3	1
El mobiliario de los servicios de rehabilitación no se adapta a la movilidad de los pacientes (ej. camillas anticuadas) (escala Liker acuerdo).	4	2
En los servicios de rehabilitación no hay carro de paradas o está sin chequear (escala Liker acuerdo).	4	2
Esta situación de los carros de parada podría generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) no están adaptados a todo tipo de pacientes (escala Liker acuerdo).	2	3
Esta situación en los aseos podría generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1

El transporte sanitario a veces puede generar problemas de seguridad en los pacientes tales como caídas o inasistencia a consulta o sala de tratamiento, tal y como indican los expertos con un 53,33% y un 50% respectivamente (Tabla 26). Además, un 76,66% señalan que en numerosas ocasiones el transporte genera tiempos de espera prolongados, provocando retrasos en la toma de medicación o de ingesta en pacientes diabéticos (Tabla 26).



Por otro lado, el 36,66% de los expertos consideran que las dificultades en los accesos pueden ocasionar a veces problemas de seguridad en los pacientes como por ejemplo caídas (Tabla 26).

Tabla 26. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>frecuencia de aparición</b> de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
El transporte sanitario puede generar <b>a veces</b> problemas de seguridad del paciente tales como caídas (frecuencia).	16	53,33%
El transporte sanitario <b>puede generar</b> problemas de seguridad del paciente tales como tiempos de espera prolongados, provocando retrasos en medicación, de ingesta en diabéticos....(frecuencia).	23	76,66%
El transporte sanitario puede generar <b>a veces</b> problemas de seguridad del paciente tales como inasistencia a consulta o sala de tratamiento (frecuencia).	15	50%
Las dificultades en los accesos pueden ocasionar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes como por ejemplo caídas (frecuencia).	11	36,66%

En cuanto a la accesibilidad a los servicios de rehabilitación, el 80% de los expertos indican que el acceso a los servicios está adaptado a todo tipo de pacientes no generando dificultad para acceder (Tabla 27).

Tabla 27. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>ausencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 1.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
El acceso a los servicios de rehabilitación <b>está adaptado</b> a todo tipo de pacientes no dificultando el acceso a muchos de ellos (escala Liker acuerdo).	24	80%

En la siguiente tabla (Tabla 28), se muestran las preguntas previas que fue necesario reformular para intentar lograr acuerdo entre los expertos y así poder extraer información más relevante. Gracias a la reformulación de las preguntas, los rangos intercuartílicos del segundo cuestionario fueron  $< 0 = a 1$ , lo que muestra resultados consistentes.

Tabla 28. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
Es importante que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad (escala Liker acuerdo).	5	0
En los servicios de rehabilitación debe haber carro de paradas y comprobar su funcionamiento periódicamente (escala Liker acuerdo).	5	0
Los problemas con los carros de parada generan problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	4	1
Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) deben estar adaptados a todo tipo de pacientes (escala Liker acuerdo).	5	0
Esta situación en los aseos podría generar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1

Tras este segundo Delphi (Tabla 29 y 30), el 100% de los expertos señalan la importancia de que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad, así como que los aseos en los servicios (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) estén adaptados a todo tipo de pacientes. De no ser así, un 40% de los expertos consideran que se podría generar a veces problemas de seguridad en los pacientes.

Por otro lado, los expertos indican con un 100% de acuerdo que en los servicios de rehabilitación debe haber un carro de paradas y que su comprobación de funcionamiento se realice periódicamente. Además, un 46,66% de los expertos señalan que los fallos con los carros de parada podrían generar muchas veces problemas de seguridad en los pacientes.

Tabla 29. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **presencia de problemas** de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Es importante que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad (escala Liker acuerdo).	25	100%
En los servicios de rehabilitación debe haber carro de paradas y comprobar su funcionamiento periódicamente (escala Liker acuerdo).	25	100%
Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) deben estar adaptados a todo tipo de pacientes (escala Liker acuerdo).	25	100%

Tabla 30. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación a las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación en el Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Los problemas con los carros de parada <b>podrían generar</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	14	46,66%
Esta situación en los aseos (déficit de adaptación) podría generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	12	40%

Las instalaciones y el acceso tienen un papel muy importante en los servicios de rehabilitación. Los problemas con el transporte sanitario son reseñables según la opinión de expertos pudiendo generar problemas de seguridad en los pacientes con frecuencia. Por otro lado, la accesibilidad a los servicios de rehabilitación es adecuada. Por último, en cuanto a las instalaciones disponibles, los expertos señalan la importancia de el correcto funcionamiento de los carros de parada, y que el mobiliario y los aseos estén adaptados a todo tipo de paciente para evitar problemas de seguridad.

### 5.10. Incidentes y eventos adversos relacionados con la organización del sistema

Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el Delphi, el 73,33% de los expertos señalan que en el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento (Tabla 31).

En cuanto al sistema informático, el 53,33% de los expertos consideran que no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia; esta imposibilidad de modificación puede generar a veces problemas de seguridad en los pacientes (46,66%). Además, el sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo, tal y como indican el 46,66% de los expertos. Este hecho puede generar problemas de seguridad en los pacientes (73,33%) (Tabla 31 y 32).

Tabla 31. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>presencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la organización del sistema del servicio de rehabilitación en el Delphi.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento (escala Liker acuerdo).	22	73,33%
El sistema informático no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia (escala Liker acuerdo).	16	53,33%
El sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo (escala Liker acuerdo).	14	46,66%
La realización de una petición sin que aparezca el nombre del paciente seleccionado puede generar problemas de seguridad en los pacientes (escala Liker acuerdo).	22	73,33%

Tabla 32. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con la organización del sistema del servicio de rehabilitación en el Delphi.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
La imposibilidad para modificar las prescripciones de fisioterapia puede generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	14	46,66%

Las medianas y rangos intercuartílicos se presentan en la tabla 33. Al haber logrado en las cinco preguntas un rango intercuartílico igual o menor a 1, no fue necesario reformular dichas preguntas para el segundo cuestionario.

Tabla 33. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la organización del sistema del servicio de rehabilitación, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento (escala Liker acuerdo).	4	1
El sistema informático no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia (escala Liker acuerdo).	4	1
La imposibilidad para modificar las prescripciones de fisioterapia puede generar <b>a veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	3	1
El sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo (escala Liker acuerdo).	4	1
La realización de una petición sin que aparezca el nombre del paciente seleccionado puede generar problemas de seguridad en los pacientes (escala Liker acuerdo).	4	1

La organización del sistema en los servicios de rehabilitación es compleja. Los expertos resaltan la importancia de remitir adecuadamente a los pacientes según su prioridad para evitar demora en su valoración y tratamiento. Por otro lado, consideran que el sistema informático tiene errores en relación a la prescripción de fisioterapia pudiendo ocasionar errores de identificación.

#### **5.11. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad**

El 73,33% de los expertos consideran que no hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos (Tabla 34). Este desconocimiento del sistema de notificación de eventos adversos genera o puede generar muchas veces problemas de seguridad en los pacientes (53,33%) (Tabla 35).

Además, los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente, tal y como señalan el 60% de los expertos (Tabla 34). A pesar de esta convicción, el 63,33% indican que nunca o casi nunca han notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que han sufrido o han podido presenciar durante la práctica clínica (Tabla 35).

Tabla 34. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>presencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad en el servicio de rehabilitación en el Delphi.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
No hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos (escala Liker acuerdo).	22	73,33%
Los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente (escala Liker acuerdo).	18	60%

Tabla 35. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad en el servicio de rehabilitación en el Delphi.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
El desconocimiento del sistema de notificación de eventos adversos <b>puede generar</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	16	53,33%
<b>No</b> he notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que he sufrido o he podido presenciar durante la práctica clínica (frecuencia).	19	63,33%

Las medianas y rangos intercuartílicos se presentan en la tabla 36. Al haber logrado en las cinco preguntas un rango intercuartílico igual a 1, no fue necesario reformular dichas preguntas para el segundo cuestionario.

Tabla 36. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
No hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos (escala Liker acuerdo).	4	1
El desconocimiento del sistema de notificación de eventos adversos genera o puede generar <b>muchas veces</b> problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	4	1
Los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente (escala Liker acuerdo).	4	1
<b>Casi nunca</b> he notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que he sufrido o he podido presenciar durante la práctica clínica (frecuencia).	1	1

La mayoría de los expertos señalan que no hay cultura de seguridad del paciente y que no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos. Por tanto, no se notifican o se hace con herramientas inadecuadas lo que dificulta la resolución de los mismo.

### 5.12. Incidentes y eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia

En el primer Delphi, los expertos en rehabilitación logran llegar a un acuerdo en la mayoría de las preguntas sobre las salas de tratamiento de fisioterapia. Sin embargo, no logran llegar a un acuerdo en las preguntas acerca de las salas de electroterapia, ya que el rango intercuartílico de dichas preguntas supera el valor 1 o no concuerdan los resultados de las respuestas de escala Liker con su pregunta encadenada de escala de frecuencia (Tabla 37).

Tabla 37. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
El desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos... (escala Liker acuerdo).	4	1
Las salas de electroterapia no cumplen con el aislamiento adecuado ni con la distancia de seguridad con respecto al resto de salas de fisioterapia pudiendo ocasionar daños al resto de pacientes (escala Liker acuerdo).	3	2
Los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente y pueden estar mal calibrados (escala Liker acuerdo).	2	2
Esta situación con los aparatos de electroterapia puede ocasionar eventos adversos en los pacientes (frecuencia).	3	1
En las salas de tratamiento <b>casi nunca</b> se producen quemaduras con las lámparas de termoterapia (frecuencia).	2	0
El sistema de anclaje de las barras paralelas al suelo <b>casi nunca</b> es inadecuado y puede ocasionar tropiezos y caídas en los pacientes (frecuencia).	2	1



En ocasiones puede haber confusión de lateralidad en las fichas de tratamiento de fisioterapia y tratar al paciente del lado equivocado, generando un problema de seguridad para el mismo (escala Liker acuerdo).	2	0
En las fichas de tratamiento de electroterapia puede haber confusión con las contraindicaciones de electroterapia ya que no se notifican por escrito por parte del médico y el fisioterapeuta no puede realizar una segunda comprobación (escala Liker acuerdo).	2	0
La distribución de las salas de tratamiento dificulta el acceso de los pacientes en silla de ruedas o camillas (escala Liker acuerdo).	2	1
El difícil acceso a las salas de tratamiento puede ocasionar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	2	1
La falta de personal cualificado como son los celadores puede provocar <b>a veces</b> que en las transferencias a las camillas de tratamiento haya caídas o el paciente sufra daños (frecuencia).	3	0

En el Delphi 1 (Tabla 38 y 39), el 60% de los expertos consideran que el desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos...

Sin embargo, los expertos consideran que no suele haber confusión de lateralidad en las fichas de tratamiento de fisioterapia y que como consecuencia se trate al paciente del lado equivocado (76,66%). También indican que en las fichas de tratamiento no suele haber confusión con las contraindicaciones de la electroterapia ya que está bien notificadas por parte del facultativo, lo que permite al fisioterapeuta realizar una segunda comprobación (76,66%).

Además, el 76,66% de los expertos considera que el acceso a los servicios de rehabilitación no suele dificultar el acceso de los pacientes en silla de ruedas o camillas; de igual modo, el 53,33% indica que la distribución de las salas de tratamiento no suele ocasionar problemas de seguridad en los pacientes.

Tabla 38. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **presencia de problemas** de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
El desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos... (escala Liker acuerdo).	18	60%

Tabla 39. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **ausencia de problemas** de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
<b>No suele</b> haber confusión de lateralidad en las fichas de tratamiento de fisioterapia y tratar al paciente del lado equivocado, generando un problema de seguridad para el mismo (escala Liker acuerdo).	23	76,66%
En las fichas de tratamiento de electroterapia <b>no suele</b> haber confusión con las contraindicaciones de electroterapia ya que se notifican por escrito por parte del médico y el fisioterapeuta puede realizar una segunda comprobación (escala Liker acuerdo).	23	76,66%
La distribución de las salas de tratamiento <b>no suele</b> dificultar el acceso de los pacientes en silla de ruedas o camillas (escala Liker acuerdo).	23	76,66%
El difícil acceso a las salas de tratamiento <b>no suele</b> ocasionar problemas de seguridad en los pacientes (frecuencia).	16	53,33%

En cuanto a la frecuencia de aparición de eventos adversos en las salas de fisioterapia (Tabla 40), el 86,66% de los expertos consideran que casi nunca se producen quemaduras con las lámparas de termoterapia y el 46,66% indican que el sistema de anclaje de las barras paralelas casi nunca puede ocasionar tropiezos y caídas de los pacientes. Por otro lado, los expertos resaltan con un 50%, que la falta de personal cualificado como son los celadores puede provocar a veces que en las transferencias a las camillas de tratamiento haya caídas o el paciente sufra daños.

Tabla 40. Número y porcentaje de expertos que señalaron la **frecuencia de aparición** de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 1.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
En las salas de tratamiento <b>no</b> se producen quemaduras con las lámparas de termoterapia (frecuencia).	26	86,66%
El sistema de anclaje de las barras paralelas al suelo <b>no</b> es inadecuado y puede ocasionar tropiezos y caídas en los pacientes (frecuencia).	14	46,66%
La falta de personal cualificado como son los celadores puede provocar <b>a veces</b> que en las transferencias a las camillas de tratamiento haya caídas o el paciente sufra daños (frecuencia).	15	50%

En la siguiente tabla (Tabla 41), se muestran las preguntas previas que fue necesario reformular para para intentar lograr acuerdo entre los expertos y así poder extraer información más relevante. Gracias a la reformulación de las preguntas, los rangos intercuartílicos del segundo cuestionario fueron = 1, lo que muestra resultados consistentes.

Tabla 41. Medianas y rangos intercuartílicos para los problemas de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia, así como la frecuencia de aparición de algunos de ellos. Delphi 2.

Incidentes y eventos adversos más frecuente	Mediana	Rango intercuartílico
Es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento (escala Liker acuerdo).	5	1

Si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden estar mal calibrados y ocasionar problemas de seguridad del paciente (escala Liker acuerdo).	5	1
Esta situación con los aparatos de electroterapia puede ocasionar <b>a veces</b> eventos adversos en los pacientes (frecuencia).	3	1

Tras el segundo Delphi (Tabla 42 y 43), el 100% de los expertos considera que es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento, y que si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden estar mal calibrados y ocasionar problemas de seguridad del paciente (100%). Esta situación con los aparatos de electroterapia puede ocasionar a veces eventos adversos en los pacientes (48%).

Tabla 42. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>presencia de problemas</b> de seguridad del paciente/eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 2.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento (escala Liker acuerdo).	25	100%
Si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden estar mal calibrados y ocasionar problemas de seguridad del paciente (escala Liker acuerdo).	25	100%

Tabla 43. Número y porcentaje de expertos que señalaron la <b>frecuencia de aparición</b> de los siguientes problemas de seguridad del paciente/eventos adversos en relación con las salas de tratamiento de fisioterapia en el servicio de rehabilitación en el Delphi 2.		
Incidentes y eventos adversos más frecuente	n	%
Esta situación con los aparatos de electroterapia (mala calibración) puede ocasionar <b>a veces</b> eventos adversos en los pacientes (frecuencia).	12	48%

En las salas de fisioterapia el desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas. Los expertos consideran que no suele haber confusión de lateralidad en las fichas de tratamiento de fisioterapia ni problemas con las contraindicaciones de la

electroterapia. Tampoco suelen ocurrir quemaduras con las lámparas de termoterapia ni hay tropiezos ni caídas por el sistema de anclaje de las barras paralelas. Además, tanto el acceso a los servicios de rehabilitación como la distribución de las salas de tratamiento no supone una dificultad para el acceso de los pacientes. Por último, los expertos indican es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento, y que si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden ocasionar problemas de seguridad del paciente.

### **5.13. Listado de incidentes o eventos adversos según la opinión de expertos**

Tras el análisis de los resultados del Delphi 1 y 2, pudimos extraer el listado de problemas de seguridad del paciente que ocurren en los servicios de rehabilitación de la región de Murcia según la opinión de expertos en función de su categoría de evento adverso.

#### **Diagnóstico:**

1. Los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente.
2. En las consultas de rehabilitación pueden ocurrir errores diagnósticos debido a la interpretación incorrecta de pruebas complementarias.
3. A la hora de prescribir electroterapia, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente.

#### **Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales:**

4. La comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello.
5. No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario.
6. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico.
7. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar.

### **Procedimientos e intervenciones sobre el paciente:**

8. No existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que podría ocasionar un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención.

### **Prescripción de fármacos:**

9. La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc.

### **Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación:**

10. Es importante que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad.
11. En los servicios de rehabilitación debe haber carro de paradas y comprobar su funcionamiento periódicamente.
12. Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) deben estar adaptados a todo tipo de pacientes.

### **Organización del sistema:**

13. Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento.
14. El sistema informático no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia.
15. El sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo.
16. La realización de una petición sin que aparezca el nombre del paciente seleccionado puede generar problemas de seguridad en los pacientes.

### **Comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad:**

17. No hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos.
18. Los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente.

### **Sala de tratamiento de fisioterapia:**

19. El desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos, ...
20. Es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento.
21. Si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden estar mal calibrados y ocasionar problemas de seguridad del paciente.

### **5.14. Listado de problemas de seguridad del paciente ordenados en función de su relevancia según la opinión de expertos**

A continuación, se presenta el listado de los 21 problemas de seguridad ordenados en función del acuerdo obtenido en los Delphi según la opinión de los expertos. Cuanto mayor es el porcentaje, mayor acuerdo entre ellos.

Podemos agrupar los distintos problemas de seguridad en 9 subgrupos en función del porcentaje de acuerdo de los expertos: 100%, 92%, 88%, 80%, 73,33%, 66,66%, 60%, 53,33% y 46,66%. En todos los casos, el acuerdo entre los profesionales es fuerte ya que los problemas de seguridad encontrados en los servicios de rehabilitación cuentan un porcentaje de acuerdo entre el 46,66% y el 100% de acuerdo entre los profesionales con rangos intercuartílicos iguales o inferiores a 1. El listado se presenta a continuación:

1. A la hora de prescribir electroterapia, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente. 100%
1. Es importante que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad. 100%
1. En los servicios de rehabilitación debe haber carro de paradas y comprobar su funcionamiento periódicamente. 100%

1. Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) deben estar adaptados a todo tipo de pacientes. 100%

1. Es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento. 100%

1. Si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden estar mal calibrados y ocasionar problemas de seguridad del paciente. 100%

2. La comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello. 92%

3. Los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente. 88%

4. En las consultas de rehabilitación pueden ocurrir errores diagnósticos debido a la interpretación incorrecta de pruebas complementarias. 80%

5. Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento. 73,33%

5. La realización de una petición sin que aparezca el nombre del paciente seleccionado puede generar problemas de seguridad en los pacientes. 73,33%

5. No hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos. 73,33%

6. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico. 66,66%

7. No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario. 60%

7. No existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que podría ocasionar un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención. 60%



7. La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como, por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc. 60%

7. Los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente. 60%

7. El desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos, ... 60%

8. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar. 53,33%

8. El sistema informático no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia. 53,33%

9. El sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo. 46,66%



**Discusión**



## **6. DISCUSIÓN**

Teniendo presente que uno de los objetivos de la especialidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes (47), la calidad asistencial es fundamental y dentro de ella, la seguridad del paciente tiene un papel muy importante al que se le debería prestar gran atención. Por tanto, es imprescindible realizar estudios como el nuestro cuyo objetivo es identificar, según la opinión de expertos, cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud, para poder reducir la probabilidad de cometer dichos errores y disminuir los eventos adversos asociados a la labor asistencial en dicha especialidad.

### **6.1. Síntesis de los resultados más destacables**

La tasa de respuesta del estudio fue alta; de los 36 expertos que aceptaron participar en el estudio, un 83,3% cumplimentó el primer cuestionario y un 72,2% el segundo. Además, la calidad de la cumplimentación de los cuestionarios fue buena, sin apenas preguntas en blanco, a pesar de su extensión.

Los resultados más relevantes extraídos de los cuestionarios que elaboramos para llevar a cabo el estudio mediante el método Delphi se muestran a continuación:

La identificación de los pacientes en los servicios de rehabilitación no supone un problema de seguridad del paciente en base a la opinión de los expertos, ya que un 73,33% consideran que no hay errores de citación e las consultas.

En relación con el diagnóstico en las consultas, los errores diagnósticos en los servicios de rehabilitación asumiendo el diagnóstico de derivación o interpretando de forma incorrecta las pruebas complementarias suponen un problema de seguridad del paciente en base a la opinión de los expertos como un 88% y 80% respectivamente. Además, a la hora de prescribir electroterapia, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente (100% acuerdo).

Los problemas de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso rehabilitador ya sean médicos rehabilitados, otros especialistas y fisioterapeutas son evidentes según la opinión de expertos puesto que no existen herramientas adecuadas para ello (60% y 92%). Además, el poco tiempo disponible en las consultas de rehabilitación para explicar al

paciente el proceso puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta, así como su diagnóstico, tal y como señalan el 66,66% de los expertos.

En relación con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente, el 60% considera que no existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que podría ocasionar un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención.

El 60% de los expertos considera que la prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos.

Las instalaciones y el acceso tienen un papel muy importante en los servicios de rehabilitación. Los problemas con el transporte sanitario son reseñables según la opinión de expertos pudiendo generar problemas de seguridad en los pacientes con frecuencia (entre un 50 % y un 76,66% en función del problema de seguridad estudiado).

Los expertos resaltan, con un 73,33% de acuerdo, la importancia de remitir adecuadamente a los pacientes según su prioridad para evitar demora en su valoración y tratamiento para mejorar la organización de los servicios de rehabilitación.

El 73,33% de los expertos consideran que no hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos. Este desconocimiento del sistema de notificación de eventos adversos genera o puede generar muchas veces problemas de seguridad en los pacientes (53,33%). Además, los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada tal y como señalan el 60% de los expertos. A pesar de esta convicción, el 63,33% indican que nunca o casi nunca han notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que han sufrido o han podido presenciar durante la práctica clínica.

Por último, en las salas de fisioterapia, el desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos, etc. según indican el 60% de los expertos. Además, el 100% consideran que es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento, así como que los aparatos de electroterapia pasen revisiones periódicas para evitar ocasionar problemas de seguridad del paciente.

## 6.2. Discusión del método Delphi

El método Delphi es una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada. La técnica favorece la investigación en el área de las ciencias de la salud, pues una de las fortalezas que tiene es no requerir de la presencia de los expertos y la dinámica del manejo de la información se gestiona a través de correo postal o vía internet (89). Esta técnica, de carácter cualitativo, es recomendable cuando no se dispone de información suficiente para la toma de decisiones o es necesario recoger opiniones consensuadas y representativas de un colectivo de individuos (89,90). Es un proceso sistemático, formal y profundo para obtener y probar las hipótesis sobre el tema en cuestión (91).

Dalkey propone cuatro características para configurar al método Delphi, como una técnica especial con aplicaciones propias (90,92):

1. Anonimato (93): ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de debate. Esto tiene una serie de aspectos positivos: - Impide que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro de los miembros o por el peso que supone oponerse a la mayoría; - Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen; - El experto defiende sus argumentos con tranquilidad, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.
2. Proceso iterativo (90): Los expertos participantes en el proceso deben emitir su opinión o respuestas en más de una ocasión, a través de varias rondas que llevan a estabilizar las opiniones. Con esta secuencia el experto tiene la posibilidad de reflexionar o reconsiderar su opinión, a la luz de los planteamientos propios o de otros expertos.
3. Realimentación o feedback controlado (92): la realimentación a través del análisis del grupo conductor del método permite la circulación de información entre los expertos y facilita establecer un lenguaje común.
4. Respuesta del grupo en forma estadística (93): Se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.

El método Delphi generalmente incluye entre 10 y 30 participantes (89,94), aunque este número puede variar dependiendo del objetivo del estudio y la disponibilidad de expertos, enfatizando que la calidad y la diversidad del panel son más importantes que el número exacto de participantes(95).

El método Delphi no está destinado a producir resultados estadísticamente significativos, sin embargo, por la relevancia de los encuestados, los resultados representan la síntesis del pensamiento de un grupo especial (96), por lo tanto, es la técnica que mejor se adapta a la exploración de elementos que supongan una mezcla de evidencia científica y valores sociales (89,97). Este método se ha empleado en estudios como el Informe EARCAS (eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios) del Ministerio de Sanidad en 2011 (98).

En nuestro estudio, la elección del método se justifica por la poca evidencia científica previa disponible sobre seguridad del paciente en los servicios de rehabilitación y considerarse necesaria la opinión de personas expertas, con conocimientos y experiencia contrastada.

Gracias a la participación de médicos rehabilitadores y fisioterapeutas de los 9 Servicios de Medicina Física y Rehabilitación pertenecientes al Servicio Murciano de Salud de todas las áreas de salud, se consiguió la participación de 36 expertos lo que permitió llevar a cabo el método Delphi (89).

Aunque no existe una estructura rígida para aplicar el método Delphi, es usual que se siga una determinada secuencia (91). Para poder llevarla a cabo, tal y como hemos recogido en la metodología de nuestro trabajo, es necesaria la presencia de cuestionarios que deben ser cumplimentados por el panel de expertos.

Estos cuestionarios pueden obtenerse a partir de resultados de otros estudios similares como en el estudio EARCAS (98) que utiliza como base de los incidentes y eventos adversos de los diferentes bloques identificados en los estudios ENEAS (35), APEAS (36) y los errores de medicación propuestos por el grupo de trabajo Otero et al. (99), o el estudio APEAS (36) que emplea un cuestionario elaborado a partir del realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en su proyecto sobre seguridad del paciente y adaptado tras los resultados del estudio ENEAS, bajo técnicas de consenso; o bien, ser necesaria su elaboración desde cero como en nuestro estudio ya no hay estudios precedentes en la especialidad de rehabilitación.

Para ello, empleamos la técnica del grupo focal por medio de panel de expertos. Se considerarán expertos aquellas personas que lleven más de tres años desempeñando su actividad profesional en servicios de rehabilitación, tanto en puestos de jefatura de servicio como de atención directa al paciente (facultativos médicos) así como fisioterapeutas.



El grupo focal (88) es una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guion de temas previamente establecidos. Lo que se busca fundamentalmente es la interacción entre los participantes como método para poder generar cuanta más información mejor. Suele estar constituido por un grupo limitado de personas, entre 6 y 12 participantes, un moderador un observador y un relator (100):

- a) MODERADOR: Utiliza una guía de discusión para dirigir el grupo, presenta adecuadamente las preguntas, responde neutralmente a los comentarios y estimula la participación del grupo.
- b) RELATOR: Anota las respuestas y observa las reacciones de los participantes.
- c) OBSERVADORES: Apoyan al relator anotando las respuestas, pero principalmente observando las reacciones y los mensajes encubiertos de los participantes.

Se analiza no solo el contenido del discurso, agrupado por categorías, sino también la solidez de las propuestas y el interés y consenso que suscita cada una de las ideas. Se consigue información en profundidad sobre la opinión de las personas y su manera de actuar, explorando el porqué y el cómo de su opinión y de sus acciones.

Este sistema de grupos focales se ha empleado en otros trabajos como la tercera fase del estudio EARCAS del Ministerio de Sanidad en 2011(98) en el que se obtiene un listado de ideas para mejorar la seguridad del paciente al ingreso/reingreso, mejorar los cuidados de los pacientes, reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y mejorar la seguridad en el uso de medicación.

Revisando la literatura, la metodología de los estudios de seguridad del paciente puede ser muy variada tal y como se expone a continuación.

En el estudio ENEAS (35), Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, para la identificación de posibles EAs se utilizó la Guía de Cribado del Proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos, un cuestionario elaborado a partir de una investigación previa, de una lista de condiciones similar a la de los estudios de Nueva York (101) y Utah y Colorado (102), bajo técnicas de consenso). Los participantes debían cumplimentar el cuestionario en base a un evento adverso observado.

En 2008, se realizó en España el estudio APEAS sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (36). En este trabajo se empleó un cuestionario elaborado a partir del realizado por la

Facultad de Medicina de la Universidad de Washington (103) en su proyecto sobre seguridad del paciente y adaptado tras los resultados del estudio ENEAS, bajo técnicas de consenso (104) para la obtención de los principales EA en los centros de salud. Los participantes debían cumplimentar el cuestionario en base a un evento adverso notificado.

Tras los resultados obtenidos en los estudios anteriores, ENEAS y APEAS, se llevó a cabo el estudio EVADUR (38) acerca de los eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Los investigadores del estudio, previamente formados, recogieron variables clínicas, demográficas y de factores de riesgo, así como la aparición o no de incidentes y/o EA y sus características durante la atención de los pacientes en los servicios de urgencias.

Otros estudios como el de Lacoma (33) sobre Seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos emplea un sistema de detección de EA basado en la evaluación y revisión de la historia clínica.

Además, hay otros trabajos destinados únicamente a la evaluación de la cultura de seguridad del paciente como el de Mella et al. (105) que emplea como instrumento de medición la encuesta HSOPS (Hospital Survey on Patient Safety Culture) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al español para analizar la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Esta adaptación al español fue realizada por Saturno et al. (106) en su informe sobre la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario en el sistema nacional de salud.

### **6.3. Discusión de los resultados**

El estudio de los eventos adversos del paciente en Rehabilitación es una medida relevante para mejorar la seguridad del paciente en dicha especialidad y, por tanto, mejorar la calidad asistencial.

La tasa de respuesta obtenida en el cuestionario es bastante alta en el personal de los servicios de rehabilitación. Esta alta tasa puede deberse en parte a la implicación de los servicios, tanto jefes de servicio como médicos adjuntos y fisioterapeutas de cada centro como a la facilidad/accesibilidad del cuestionario ya que este ha sido remitido en formato online mediante Google formularios y su cumplimentación se ha realizado mediante preguntas de elección múltiple que requerían emplear poco tiempo al profesional sanitario. Además, se han enviado recordatorios para su cumplimentación. En el primer cuestionario, solo dos centros destacan de

manera negativa en la tasa de respuesta, el hospital Rafael Méndez (Lorca) y Reina Sofía (Murcia) no aportó cuestionarios cumplimentados por fisioterapeutas, y el Hospital de los arcos del mar menos (San Javier) presentó una respuesta escasa de fisioterapeutas (50%). Si embargo, la tasa de respuesta global fue de un 83,3%, con un 94,4% de médicos y un 72,2% de fisioterapeutas. En cuanto al segundo cuestionario, la tasa de respuesta en los fisioterapeutas disminuyó considerablemente a un 55,5% ya que no respondieron el cuestionario los fisioterapeutas de los hospitales de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza) y Comarcal del Noroeste (Caravaca). Sin embargo, la tasa de respuesta de los médicos se mantuvo prácticamente sin pérdidas de encuestados con un 88,8%; siendo la tasa global de respuesta del segundo cuestionario de 72,2%.

Atendiendo a la experiencia de los encuestados, el 50% lleva desempeñando su trabajo 21 años o más, el 16,6% de 16 a 20 años, el 23,3% de 11 a 15 años, y el 13,3% de 6 a 10 años o de 1 a 5 años. Con estos porcentajes de experiencia laboral, sobre todo con el 50% de los encuestados con 21 años o más de trabajo parece bastante para tener un conocimiento y experiencia suficiente sobre el tema. No optamos por dividir los porcentajes entre los dos estamentos encuestados, médicos y fisioterapeutas, puesto que los años trabajados eran similares en ambos grupos.

El cuestionario de nuestro trabajo consta de 48 preguntas divididas en 9 bloques en función de las categorías de problemas de seguridad del paciente extraídas en los grupos focales (ANEXO 5). Las categorías de eventos adversos empleadas son: Identificación del paciente, Diagnóstico, Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales, Procedimientos e intervenciones sobre el paciente, Prescripción de fármacos, Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación, Organización del sistema, Comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad, y Sala de tratamiento de fisioterapia.

En el estudio EARCAS (98), que emplea la misma metodología del método Delphi, las categorías de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente son: Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente al ingreso/reingreso, con el diagnóstico, con los cuidados, con las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, errores de medicación y acontecimientos adversos por medicación. Estas categorías difieren de las empleadas en nuestro trabajo ya que el estudio EARCAS se realiza en el ámbito de Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios donde los pacientes permanecen ingresados y los EA transcurren durante la hospitalización.

En otros trabajos como el estudio ENEAS o APEAS, el cuestionario se cumplimenta a partir de un evento adverso interceptado y las categorías de eventos adversos empleadas tiene ciertas similitudes. En el estudio ENEAS (35) los eventos adversos se dividen en 7 clases: relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas, con una valoración del estado general del paciente, con la monitorización del paciente o los cuidados que necesita, con infección nosocomial, con procedimientos e intervención quirúrgica, con medicamentos o balance hídrico, con maniobras de reanimación. En el estudio APEAS (36), los eventos adversos se clasifican en función del factor causal en: relacionados con la medicación, con los cuidados, con la comunicación, relacionados con el diagnóstico y relacionados con la gestión.

Como podemos observar a pesar de las particularidades de cada estudio (ámbitos diferentes), en todos ello se tipifican los EA relacionados con el diagnóstico, infecciones y medicación.

### **6.3.1. Incidentes y eventos adversos relacionados con la identificación de los pacientes**

La identificación de los pacientes en los servicios de rehabilitación no supone un problema de seguridad del paciente en base a la opinión de los expertos de nuestro estudio ya que el 73,33% de los expertos consideran que no se producen errores en la citación de los pacientes. Sin embargo, en cuanto a la frecuencia de problemas de seguridad que estos errores pueden generar, el 40% señalan que a veces sí podrían ocurrir derivados de la citación errónea. En 2018, Hagley et al. (64) realizaron una búsqueda en la “Veterans Health Administration RCA database” para identificar los informes que describen eventos adversos (EA) asociados con la terapia física, terapia ocupacional o logopedia entre 2009 y 2016, y coinciden con la opinión de nuestros expertos ya que solo el 8% de los eventos adversos fueron debidos errores en la identificación de los pacientes. Resultados similares se obtienen en el estudio APEAS de atención primaria (36) que señala como factores causales de eventos adversos, la citación errónea y el error en la identificación del paciente con un 2,2% y 0,3% respectivamente.

Por otro lado, el 50% de nuestros expertos señalan que la barrera idiomática a veces dificulta la identificación de los pacientes en las consultas y podría llevar a confusión, atendiendo al paciente incorrecto lo que podría ocasionar algún daño. En el estudio APEAS (36), uno de los principales problemas detectados como factor causal de eventos adversos es la comunicación con el paciente, identifican con un 2,3% la barrera cultural y un 1,6% la barrera idiomática.

### **6.3.2. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico**

El 88% de los expertos consideran que los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente, y un 80% consideran que

estos errores diagnósticos pueden ocurrir debido a la incorrecta interpretación de pruebas complementarias. Esta situación podría generar problemas de seguridad del paciente, en un 64% y un 52% de los casos según lo indicado por los expertos.

En el estudio ENEAS y APEAS, se identifican como eventos adversos relacionados con el diagnóstico, el error diagnóstico y el retraso en el diagnóstico. En el estudio ENEAS (35) los eventos adversos relacionados con el diagnóstico son un 2,75%; sin embargo, en estudio APEAS (36) constituyen un 11,5%. Estas diferencias pueden deberse al ámbito de estudio ya que durante la hospitalización el tiempo destinado a cada paciente es mayor lo que permite realizar una mejor historia clínica y disminuir los errores diagnósticos; por el contrario, en atención primaria, al igual que ocurre en las consultas de Rehabilitación, el tiempo es menor y pueden aparecer más errores relacionados con el diagnóstico.

En cuanto a la frecuencia de aparición de estos eventos adversos relacionados con el diagnóstico, en el estudio EARCAS (98), los expertos indican que la frecuencia de aparición de EA relacionados con el retraso diagnóstico ocurre un 12,6% de forma diaria, semanal o mensual. Por tanto, los fallos en el diagnóstico de los pacientes pueden suponer un problema de seguridad en los pacientes.

En cuanto a la prescripción de electroterapia, todos los expertos están de acuerdo (100%) en que, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente. Milena et al. (69) resaltan que la terapia física puede desencadenar eventos adversos según sea la condición de salud de los pacientes (comorbilidades, obesidad, edad avanzada, secuelas de accidente cerebro vascular (ACV), entre otros) por lo es fundamental la correcta selección del paciente y del tratamiento.

### **6.3.3. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales**

Los expertos señalan, con un 60% de acuerdo, que no hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario. El 92% de los expertos consideran que la comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello.

En el estudio APEAS (36), consideran que no es despreciable la influencia de los problemas de comunicación entre profesionales o entre niveles asistenciales como factores causales de

eventos adversos con un 24,6%. Desglosado por estamentos, la comunicación médico-enfermero 4,9% y la comunicación entre médico-médico 3,6%. Como podemos observar la comunicación entre profesionales de diferente categoría profesional puede generar más incidentes tal y como resaltan nuestros expertos considerando que las herramientas de comunicación entre médicos y fisioterapeutas son peores que entre rehabilitadores y facultativos de otras especialidades.

En cuanto a la comunicación entre médico y paciente, el 66,67% de los expertos consideran que el poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico. Además, este poco tiempo puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar, tal y como indican el 53,3% de los expertos. En el estudio APEAS (36), los problemas de comunicación entre médico-paciente constituyen un factor de causal de eventos adversos en un 15% de los casos.

En relación con la hospitalización en rehabilitación, los pacientes admitidos en las unidades de hospitalización de rehabilitación (incluida la rehabilitación aguda (RA) y la subaguda (SAR)) como parte del continuo de cuidados postagudos (PAC), a menudo se transfieren con información insuficiente o inexacta de su hospital de referencia (65–67). El traspaso a la planta de hospitalización de rehabilitación presenta una gran oportunidad para la mala comunicación con déficits de comunicación e informaciones inexactas, repercutiendo negativamente en los pacientes ya que se incrementa el riesgo de eventos adversos.

Las herramientas de comunicación deficitarias entre profesionales, así como el poco tiempo de consulta podrían generar a veces problemas de seguridad en los pacientes (40% y 36,66% de las respuestas de los expertos).

#### **6.3.4. Incidentes y eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente**

Los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en los servicios de rehabilitación son frecuentes. A pesar de esto, no existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado siendo muy importante la verificación por el facultativo antes de realizar la intervención tal y como señalan el 60% de los expertos. Sin embargo, la identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos no genera problemas de seguridad en los pacientes (40%).

Por el contrario, existen varios estudios que analizan los eventos adversos relacionados con los procedimientos e intervenciones sobre el paciente en el ámbito de atención primaria, hospitalización y urgencias con resultados no tan favorables como los de nuestro estudio ya que el porcentaje de eventos adversos es relativamente elevado. En el estudio APEAS (36), el manejo inadecuado de la técnica puede ser un factor causal de eventos adversos en el 10,4% de los casos. En el estudio ENEAS (35) se producen un 25,04% de eventos adversos relacionados con los procedimientos y en el EVADUR (38) un 17,4%.

Solo encontramos un estudio en la literatura sobre un procedimiento específico en Rehabilitación como es la punción seca sobre puntos gatillo musculares, en 2013 en la David G Simons Academy (DGSA) (70) se informaron un total de 1463 (19,18%) EA leves en 7629 tratamientos realizados. Si bien los EA leves se informaron con mucha frecuencia en este estudio, no se produjeron EA significativos. Otro estudio (64) sobre eventos adversos en Rehabilitación destaca con un 12% la presencia de procedimientos deficitarios (errores en la realización de un procedimiento) entre los informes que describen eventos adversos (EA) asociados con la terapia física, terapia ocupacional o logopedia de la “Veterans Health Administration RCA database”.

#### **6.3.5. Incidentes y eventos adversos relacionados con la prescripción de fármacos**

El 60% de los expertos considera que la prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc.

Estos resultados no son comparables con otros estudios ya que los demás estudios sobre seguridad del paciente se centran en la posología, vía de administración y reacciones adversas, y no en la herramienta de prescripción.

En el estudio EVADUR y ENEAS (35,38), el 35,7% y el 37,4% de los eventos adversos recogidos son reacciones adversas relacionadas con la toma de medicación entre los que destacan náuseas, vómitos o diarrea, malestar o dolor por fármacos, prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos.

La falta de cumplimiento por el paciente es el error de medicación que aparece con mayor frecuencia en los centros sociosanitarios tal y como muestra el estudio EARCAS (98). Según el 39,5% de los encuestados con una frecuencia superior a la mensual. A éste le siguen la utilización

de una técnica de administración incorrecta, que incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales y la prescripción o administración de medicamentos innecesarios.

En el estudio APEAS (36), además de las reacciones adversas medicamentosas como factor causal de eventos adversos con un 26%, señala otros factores causales como son la dosis incorrecta de medicación con un 5,2%, la falta de adherencia al tratamiento 4,8%, omisión de dosis o mediación 4,7%, medicamento erróneo 3,9% o frecuencia de administración incorrecta 2,7%.

Los resultados de estos dos últimos estudios si pueden relacionarse con los resultados señalados por nuestros expertos ya que señalan como problema de seguridad del paciente la toma incorrecta de la medicación.

### **6.3.6. Incidentes y eventos adversos relacionados con las instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación**

Las instalaciones y el acceso tienen un papel muy importante en los servicios de rehabilitación. En cuanto a la accesibilidad a los servicios de rehabilitación, el 80% de los expertos indican que el acceso a los servicios está adaptado a todo tipo de pacientes no generando dificultad para acceder.

Los problemas con el transporte sanitario son reseñables según la opinión de expertos pudiendo generar problemas de seguridad en los pacientes con frecuencia tales como caídas o inasistencia a consulta o sala de tratamiento, con un 53,33% y un 50% respectivamente. Además, un 76,66% señalan que en numerosas ocasiones el transporte genera tiempos de espera prolongados, provocando retrasos en la toma de medicación o de ingesta en pacientes diabéticos. Quizá estos problemas sean debidos a un número reducido de ambulancias destinadas al transporte sanitario o bien a una inadecuada utilización del mismo; sin embargo, no hay estudios que nos permitan esclarecer las causas.

El 100% de los expertos señalan la importancia de que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad, así como que los aseos en los servicios (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) estén adaptados a todo tipo de pacientes. De no ser así, un 40% de los expertos consideran que se podría generar a veces problemas de seguridad en los pacientes.

Por otro lado, los expertos indican con un 100% de acuerdo que en los servicios de rehabilitación debe haber un carro de paradas y que su comprobación de funcionamiento se realice



periódicamente. Además, un 46,66% de los expertos señalan que los fallos con los carros de parada podrían generar muchas veces problemas de seguridad en los pacientes.

En relación al mobiliario y la presencia de carros de paradas no encontramos en la literatura, muchos estudios disponibles sobre este asunto vinculados a la seguridad del paciente. Sin embargo, recientemente se ha publicado un estudio en 2023 (76) que destaca el entorno físico inadecuado del hospital como factor que afecta a la seguridad del paciente; y otro estudio en 2024 (77) que destaca que la accesibilidad y las barreras físicas, las conexiones visuales y la (in)dependencia y la familiaridad espacial son temas importantes a la hora de identificar aspectos del entorno construido en relación con la reducción de los problemas de seguridad, según la opinión de pacientes, médicos, terapeutas y enfermeros de un centro de Rehabilitación.

Este aspecto de la seguridad del paciente sería un punto de partida interesante para futuros trabajos que permitan mejorar la calidad asistencial en un servicio de Rehabilitación.

### **6.3.7. Incidentes y eventos adversos relacionados con la organización del sistema**

La organización del sistema en los servicios de rehabilitación es compleja. Los expertos resaltan la importancia de remitir adecuadamente a los pacientes según su prioridad para evitar demora en su valoración y tratamiento. En el Delphi, el 73,33% de los expertos señalan que en el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento. Resultados similares muestra el estudio APEAS (36) que identifica un 8,9% de eventos adversos relacionados con la gestión; en particular un 5,3% relacionados con la lista de espera prolongada y un 2,2% con la citación errónea. Por lo tanto, la opinión de nuestros expertos resalta la importancia de una correcta organización del sistema.

Hagley et al. (64) en su búsqueda en la “Veterans Health Administration RCA database”, identificaron como eventos adversos asociados con la terapia física, terapia ocupacional o logopedia las demoras en la atención de los pacientes con un 32%.

Por otro lado, consideran con un 53,3% de acuerdo que el sistema informático tiene errores en relación a la prescripción de fisioterapia pudiendo ocasionar errores de identificación ya que no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia. Además, el sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo, pudiendo generar problemas de seguridad en los pacientes (73,33%). Estos posibles eventos adversos

también son recogidos en el estudio APEAS (36); sin embargo, con una incidencia mucho menor ya que consideran los problemas con la historia informatizada y la equivocación en la información sanitaria como factores causales de eventos adversos con un 1,1% y 0,5% respectivamente.

Recientemente, Rahimi et al (76) en 2023, indicaron que la escasez de recurso organizacionales es un factor reseñable que afecta a la seguridad del paciente tal y como se muestra en nuestro estudio y en el resto de bibliografía consultada.

### **6.3.8. Incidentes y eventos adversos relacionados con las salas de tratamiento de fisioterapia**

El 60% de los expertos consideran que el desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos, etc. Sin embargo, en el estudio APEAS (36) señalan con una incidencia muy baja los problemas con la historia informatizada y la equivocación en la información sanitaria como factores causales de eventos adversos con un 1,1% y 0,5% respectivamente.

Coincidiendo con los datos del estudio anterior, los expertos consideran que no suele haber confusión de lateralidad ni confusión con las contraindicaciones de la electroterapia ya que está bien notificadas por parte del facultativo en las fichas de tratamiento de fisioterapia (76,66%).

Además, el 76,66% de los expertos considera que el acceso a los servicios de rehabilitación no suele dificultar el acceso de los pacientes en silla de ruedas o camillas; de igual modo, el 53,33% indica que la distribución de las salas de tratamiento no suele ocasionar problemas de seguridad en los pacientes. Estos datos son compatibles con la ausencia de datos de eventos adversos relacionados con la accesibilidad y distribución de las salas de fisioterapia en los estudios consultados. Estos datos tan positivos pueden tener relación con la concienciación del tipo de paciente usuario de los servicios de Rehabilitación.

En cuanto a la frecuencia de aparición de eventos adversos en las salas de fisioterapia, los expertos fueron consultados acerca de dos aspectos señalados en los grupos focales como son las quemaduras con lámparas de termoterapia y fallos en el sistema de anclaje de las barras paralelas y los expertos coinciden con un porcentaje elevado que casi nunca se producen eventos adversos en relación a esto.

En 2021 Milena et al. (69) realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar los efectos de los eventos adversos reportados en los tratamientos de fisioterapia en unidades de

cuidados intensivos, terapia física, terapia manual y tele-rehabilitación. Los eventos adversos derivados de la intervención de fisioterapia respiratoria en unidades de cuidados intensivos son por causas de la limpieza de las vías respiratorias (tubo endotraqueal, traqueotomía, oral o nasal), el aumento de presión positiva por medio de la hiperinflación (maniobra manual de reclutamiento o con ventilador), así como complicaciones en la vía aérea por dispositivo invasivo (71). En cuanto a la terapia física, ésta puede desencadenar eventos adversos según sea la condición de salud de los pacientes (comorbilidades, obesidad, edad avanzada, etc.). La evidencia reporta que el ejercicio físico en poblaciones con características como las descritas genera eventos adversos como caídas, dolores articulares, fracturas, deshidratación, etc. (72,73). La incidencia de eventos adversos desencadenados de la terapia manual es baja (0,13 %). Por último, la implementación de la tele-rehabilitación en adultos mayores, ha llevado a la notificación de eventos adversos que la evidencia los ha categorizado como leves por su mínimo impacto en la salud, y determinan para el fisioterapeuta reestructuración de la intervención en términos de la dosificación e intensidad de las sesiones (75).

Además, el 100% de los expertos considera que es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento, y que si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden ocasionar problemas de seguridad del paciente.

Si embargo, los expertos resaltan con un 50%, que la falta de personal cualificado como son los celadores puede provocar a veces que en las transferencias a las camillas de tratamiento haya caídas o el paciente sufra daños. Estas caídas como eventos adversos son reportadas en distintos estudios como el de Hagley et al. (64) que identificaron un 28% de caídas como eventos adversos asociados con la terapia física, terapia ocupacional o logopedia en la “Veterans Health Administration RCA database”. The Toronto Rehabilitation Institute (Toronto Rehab) (82) también examinó el equipamiento usado en el entorno de rehabilitación (por ejemplo, sillas de ruedas, equipo de baño adaptado y otras modalidades) y señalaron las caídas de los pacientes como eventos adversos reseñables.

En la misma línea están los resultados obtenidos en el estudio EARCAS (98) que muestran con un porcentaje entre 26,7% y 35% las caídas en la deambulación, en el baño, habitación, etc. en el contexto de centros sociosanitarios y residencias. Otro estudio centrado en la hospitalización es el de Guo et al. (68) en 2022 que será el primero en examinar el estado de la seguridad del paciente en la rehabilitación de pacientes con lesión cerebral adquirida (LCA). Los eventos adversos afectaron al 52,8% de los pacientes. La mayoría de los eventos adversos identificados

fueron de gravedad leve (98,51%). Los eventos adversos más comunes fueron las incidencias del paciente (56,72%) como caídas, úlceras por presión y desgarros cutáneos.

Con una incidencia menor, el estudio APEAS (36) señala las quemaduras, erosiones, caídas y contusiones como eventos adversos en atención primaria con tan solo 1,6% de los casos.

Por último, el estudio del hospital de Rehabilitación de Rofaydeh, Teherán (Irán) (76) también resalta como factor que afecta a la seguridad de los pacientes, la presencia de programas deficientes de prevención de caídas.

### **6.3.9. Incidentes y eventos adversos relacionados con la comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad**

En el ámbito sanitario, la cultura de seguridad es fundamental para evitar errores y minimizar riesgos. Sin embargo, el estudio de la cultura de seguridad en Rehabilitación está poco extendido a diferencia de otras especialidades médicas o quirúrgicas.

El 73,33% de los expertos consideran que no hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos. Este desconocimiento del sistema de notificación de eventos adversos genera o puede generar muchas veces problemas de seguridad en los pacientes (53,33%). Además, los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente, tal y como señalan el 60% de los expertos. A pesar de esta convicción, el 63,33% indican que nunca o casi nunca han notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que han sufrido o han podido presenciar durante la práctica clínica.

En el estudio EARCAS (98), en referencia a cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y los EA en residencias y centros sociosanitarios, el 92% de los expertos contestó que había escuchado o leído algo sobre el tema con anterioridad y valoraron su nivel de conocimientos con una puntuación media de 6,6 sobre 10. Sobre sus centros de trabajo, contestaron que casi nunca (21,6%) o a veces (55,7%) se realizaban sesiones de formación relacionadas con la seguridad del paciente, aunque sí surgían a veces (40,9%) o casi siempre (40,9%), en las sesiones clínicas, comisiones, etc., problemas relacionados con la seguridad del paciente. El 95,5% de los participantes afirmó disponer de un sistema de registro, vigilancia o control de problemas relacionados con la seguridad en su centro.

Alcaraz (39) en su estudio sobre seguridad del paciente en el ámbito de Urgencias indica que el nivel de cultura de seguridad en los profesionales de urgencias hospitalarias del servicio murciano de salud es bajo y similar a otros estudios realizados en Urgencias; muestra de ello es que a la pregunta de si conocían la existencia de un sistema de declaración de incidencias respondieron afirmativamente algo más de la mitad de los encuestados y, sin embargo, solo un 14% notificaron incidentes de seguridad. Estos datos son muy similares a los de nuestro trabajo ya que como se ha indicado anteriormente los expertos indican con un 63,3% que nunca o casi nunca han notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que han sufrido o han podido presenciar durante la práctica clínica.

En 2022 se llevó a cabo un estudio con el objetivo de comparar las diferencias que existen sobre los niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal del servicio de rehabilitación en un hospital público de Lima (80) y los resultados obtenidos evidenciaron que el nivel de conocimiento de seguridad del paciente fue regular en todos los colectivos: el 92,9% del colectivo médico, el 81% de los fisioterapeutas y el 88,6% de los auxiliares de enfermería (88,6%). Además, el nivel de feedback y comunicación sobre errores en el personal también fue deficiente alcanzando un nivel insatisfactorio en el 35,7% de los médicos, 14,3% de los fisioterapeutas y un 20% de los auxiliares de enfermería.

Más recientemente, en julio de 2023, en el hospital de Rofaydeh, Teherán (Irán), Rahimi et al. (76) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue explorar los factores que afectan a la seguridad del paciente, entre los que destacaron como una de las categorías principales la cultura de seguridad del paciente inapropiada.

#### **6.4. Limitaciones del estudio**

En este estudio se ha contado con la participación de los 9 Servicios de Medicina Física y Rehabilitación pertenecientes al Servicio Murciano de Salud, pero hay que señalar que a pesar de que todos los servicios participaron en las dos rondas para responder el cuestionario dentro del método Delphi, en el segundo cuestionario respondieron 6 panelistas menos que en el primero (5 fisioterapeutas y 1 médicos). Debido a esta falta no pudimos analizar los resultados en función de la categoría profesional de los expertos ya que perdimos mucha muestra de fisioterapeutas teniendo en cuenta que nuestro panel de expertos era de 36 panelistas.

Respecto a las limitaciones de la metodología, la elección del método Delphi se justifica por la escasez evidencia científica previa disponible sobre seguridad del paciente en los servicios de

rehabilitación y considerarse necesaria la opinión de personas expertas, con conocimientos y experiencia contrastada. Esta técnica, de carácter cualitativo, es recomendable cuando no se dispone de información suficiente para la toma de decisiones o es necesario recoger opiniones consensuadas y representativas de un colectivo de individuos (88,100). Sin embargo, según la escala de niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) recogida en Guiasalud.es (107) se trata de un estudio con nivel de evidencia científica 4 (opinión de personas expertas).

El método Delphi aporta ventajas para los objetivos del estudio, pudiendo destacar, entre otras, el anonimato y confidencialidad de las opiniones proporcionadas por los expertos, el tiempo para la reflexión individual, la posibilidad de interacción, la minimización de la influencia de otros participantes, el requerimiento de pocos recursos estructurales, la no necesidad de desplazamientos y la capacidad para generar datos e información de profesionales de distintas procedencias, experiencias y disciplinas (108).

Entre sus posibles sesgos deben destacarse los relacionados con la selección de participantes y el diseño de los cuestionarios.

La selección de participantes se realizó mediante muestreo de conveniencia para garantizar la participación voluntaria. Un estudio epidemiológico basado en la cumplimentación voluntaria puede generar un sesgo de no respuesta. Podemos encontrar en la literatura diversas razones que expliquen un bajo registro, como por ejemplo no reconocer los EA (109,110), confusión sobre las diferentes definiciones operativas (111,112), miedo a posibles acciones sancionadoras (113,114), preocupaciones sobre el anonimato y la confidencialidad de la información contenida en la notificación (115), no disponer de tiempo suficiente durante la jornada laboral (116) y desconfianza en el posible efecto que pudiese tener la notificación (117). Sin embargo, consideramos que, una vez analizadas las respuestas del cuestionario, la muestra escogida es de una cuantía considerable y proporciona una visión representativa de la situación de los servicios de Rehabilitación de la Región de Murcia.

En cuanto al diseño de los cuestionarios empleando la técnica de grupos focales, también puede tener sesgos, fundamentalmente los relacionados con la capacidad organizativa de los coordinadores, la selección de participantes y las limitaciones que implica la necesaria restricción del tiempo disponible para elaboración, discusión y priorización de posibles eventos adversos o incidentes de seguridad. Sin embargo, todos los comentarios, apreciaciones y aclaraciones

realizados por los expertos han contribuido al enriquecimiento del estudio proporcionando información útil para emprender posibles acciones de mejora.

A pesar de las limitaciones comentadas, la metodología aportada por este estudio parece la más apropiada para realizar estudios sobre la seguridad del paciente en los servicios de rehabilitación porque aporta información muy útil, es bien aceptada por los profesionales y su coste es muy bajo.

### **6.5. Futuras líneas de investigación y estrategias de mejora**

Aunque no teníamos apenas referencias previas de estudios similares al nuestro en la especialidad de Rehabilitación, el objetivo era tener una visión inicial de la cultura de seguridad que se ha logrado y así poder utilizarlo como medida para implementar estrategias de mejora.

A pesar de las limitaciones señaladas y a la vista de los resultados obtenidos en nuestro trabajo y los estudios consultados, la cultura sobre seguridad del paciente sigue siendo una asignatura pendiente en el ámbito sanitario. Es por ello que son necesarias estrategias de mejora.

La estimación del nivel de cultura de seguridad del paciente es una medida que se aconseja frecuentemente dentro de las recomendaciones de mejora de la seguridad del paciente (118–120). La actual estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incluye la incluye como su primera línea de estratégica (121).

En el estudio EARCAS (98) proponen 3 grandes líneas de estrategias a desarrollar para mejorar la seguridad del paciente:

- Mejoras organizativas en aspectos como la regulación de los estándares de calidad y seguridad de este tipo de centros y la colaboración entre los ámbitos asistencial y social, la protocolización de la transición asistencial, la revisión de tratamientos y la administración de medicamentos, la identificación inequívoca de pacientes, el trabajo en equipo y la comunicación y la coordinación asistencial con otros centros.
- Formación general y sensibilización de profesionales y entrenamiento en procedimientos y prácticas clínicas seguras como la higiene de las manos.
- Atención orientada al paciente y al residente, mediante el desarrollo de planes de cuidados individualizados y ajustados a las necesidades, actuaciones en el momento del ingreso, mejora de la información.

Específicamente en la especialidad de Rehabilitación, The Toronto Rehabilitation Institute (Toronto Rehab) (82) respondió a la necesidad de mejorar la seguridad del paciente específicamente a través de una visión puramente rehabilitadora y llevaron a cabo un estudio mediante grupos focales que revelaron que los entornos de rehabilitación presentan distintos problemas de seguridad del paciente debido a las poblaciones únicas y cada vez más complejas a las que se atiende. Sin embargo, los factores facilitadores y los obstáculos a la seguridad, incluido el trabajo en equipo y la comunicación, la cultura organizacional y los recursos, son similares a los problemas de seguridad planteados en otros escenarios. Los resultados de este estudio han ayudado a sentar las bases para futuras iniciativas de seguridad del paciente dentro de nuestros entornos, con un claro énfasis en mejorar una cultura abierta y justa en la que discutir temas de seguridad a través del desarrollo de mejores relaciones entre el liderazgo y el personal, el trabajo en equipo y la comunicación y procesos y procesos más claros. El enfoque para abordar estos problemas debe encajar dentro de nuestros modelos de atención de rehabilitación.

Este mismo grupo de trabajo del Instituto de Rehabilitación de Toronto, en este caso dirigido por Guo et al. (81), en su programa “Brain and Spinal Cord Injury Rehabilitation Program (BSCIRP)” implementaron reuniones de seguridad de médicos semanales para revisar, anticipar y abordar problemas de seguridad del paciente. Tomaron un total de 79 acciones en respuesta a mejorar la seguridad del paciente y los eventos adversos disminuyeron después de la implementación. Por tanto, las reuniones de seguridad médica son una estrategia novedosa para involucrar a los médicos en la seguridad del paciente y la mejora de la calidad en la organización de una unidad de Rehabilitación. Tienen el potencial de mejorar la organización y la anticipación de los riesgos de seguridad al complementar los métodos existentes.

Otra de las medidas empleadas para mejorar la calidad asistencial es el empleo de los indicadores de calidad que se utilizan en las unidades de gestión clínica como la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (55). El uso de estos indicadores de calidad ha demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de medidas establecidas para la mejora de la calidad, permitiendo identificar y diseminar las mejores prácticas (54).

Por último, el Kessler Institute for Rehabilitation en la jornada anual sobre Seguridad y Calidad en Rehabilitación en 2018 (60) desarrolló un marco conceptual que identifica seis características de seguridad y calidad que son directamente significativas y relevantes para la rehabilitación médica. El modelo se inclinó a crear un acrónimo, "PIEZAS" para describir los seis dominios:



Prevención de daños (inyecciones de toxina botulínica, movilización temprana de pacientes con ictus hemorrágico); Mejora de la salud (salud en el hogar); Mejora de la función (funcionalidad del paciente con fractura de cadera, medidas de mejora en los reingresos); Considerar la experiencia del paciente; Uso eficiente de los recursos (predicción de la utilización del servicio de fisioterapia); Mantenimiento de los beneficios (las causas y reingresos evitables). En su experiencia clínica, los seis dominios han resultado ser un modelo útil para aplicar a el programa de seguridad y calidad en un entorno de rehabilitación que puede ayudar a definir, medir y mejorar la atención que se brinda a los pacientes.

Por ello, nuestro trabajo puede ser el punto de partida para desarrollar medidas para implementar en los servicios de rehabilitación del servicio murciano de salud, que puedan ser evaluadas mediante nuestro cuestionario, y establecer si hay mejoría en la percepción de seguridad del paciente de forma que se pueda mejorar la calidad asistencial.



## **Conclusiones**



## **7. CONCLUSIONES**

1. El empleo del método Delphi ha sido una herramienta eficaz dada la escasez evidencia científica previa disponible sobre seguridad del paciente en los servicios de rehabilitación.

2. Los principales problemas de seguridad del paciente en los servicios de Rehabilitación según la opinión de expertos están relacionados con el diagnóstico, herramientas de comunicación, sistema informático de prescripción farmacológica y de fisioterapia, transporte sanitario, la derivación de los pacientes y la falta de personal cualificado en las salas de tratamiento.

3. No se conoce el sistema de notificación de eventos adversos y posiblemente hay poca cultura de seguridad del paciente. Por tanto, los eventos adversos no se notifican o se hace con herramientas inadecuadas lo que dificulta su resolución.

4. Con este trabajo, hemos obtenido un listado de problemas de seguridad del paciente que puede servir como base para desarrollar estrategias que se implementen en los servicios de rehabilitación para mejorar la calidad asistencial.



## **Bibliografía**





## BIBLIOGRAFÍA

1. Graham. Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers; 1995.
2. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Mira Solves JJ, Vitaller Burillo J. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes [Internet]. 2nd ed. Madrid: Fundación Mapfre. Madrid; 2017 [consultado 16 Enero 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731183>
3. Donahedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press;1988
4. WHO Working Group. The principles of quality assurance. Int J Qual Health Care [Internet]. 1989 [consultado 15 Nov 2022];1(2-3):79-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2490962/>
5. Lohr KN. Medicare: A strategy for quality assurance, volume II: Sources and methods. Washington, D.C.: National Academies Press; 1990. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144078/>
6. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Manual de Calidad Asistencial [Internet]. 2013 [consultado 25 Nov 2022]. Disponible en: [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual\\_calidad\\_asistencial\\_de\\_la\\_seca.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf)
7. García Ruiz JA, Carlos Canca J, Jiménez Puente A, Pérez Trueba E. Capítulo 22: Calidad asistencial. En: Temes Montes JL, Mengíbar Torres M, editors. Calidad asistencial | Gestión hospitalaria [Internet]. 5e ed. McGraw Hill.; 2011 [consultado 9 Dic 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492&sectionid=98856607>
8. Flores Rojas PA. Conceptualización del término calidad asistencial y, estudio-análisis de las dimensiones y políticas en calidad de la atención de salud asistencial [Tesis doctoral]. Chile: Universidad del Desarrollo; 2019 [consultado 9 Dic 2022]. Disponible en: <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/2881>
9. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen, WHO, 2002.
10. Ministerio de Sanidad. Informe anual Sistema Nacional de Salud 2005 [Internet]. 2005 [consultado 25 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSN S2005.htm>

11. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura [Internet]. 1st. Madrid: Editorial Modus Laborandi SL, editor; 2016 [consultado 25 Nov 2022]. Disponible en: [https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Seguridad_del_paciente.pdf)
12. Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Universidad de Murcia/Dupont Pharma, editor. Vol. Tomo III. Madrid; 1997.
13. Servicio murciano de salud. Programa de seguridad del paciente quirúrgico en la Región de Murcia [Internet]. Murcia; 2018 [consultado 25 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=146130>
14. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev médica Clín Las Condes. 2017;28(5):785–95.
15. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009 [consultado 16 Enero 2021]. Disponible en: [https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/icps_full_report_es.pdf)
16. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety A guide for NHS staff [Internet]. 2003 [consultado 28 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>
17. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. SSRN Electronic Journal. 2013.
18. Plan de calidad para el Sistema nacional de salud. Uso seguro medicamentos: causas y prevención de errores de medicación en hospitales [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2006 [consultado 16 Enero 2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/usoSeguroMedicamentos/home.htm>
19. Burke JP. Infection Control. A Problem for Patient Safety. N Engl J Med. 2003 Feb 13;348(7):651–6.
20. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 Safe Surgery Saves Lives. Génova: World Health Organization; 2009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23762968/>
21. Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: Estimations from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual Saf. 2014;23(9):727–31.
22. Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco AN, Buller H, Gallus A, Hunt BJ et al. ISTH Steering Committee for World Thrombosis Day. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2014 Nov;34(11):2363-71.

23. National Academies of Sciences E and M. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Crossing the Global Quality Chasm. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018.
24. Consejo ejecutivo WHO. Informe del Director General; Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Suiza; 2018. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB144/B144\\_R12-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_R12-sp.pdf)
25. Ashish J. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. World Health Organization & World Alliance for Patient Safety. Research Priority Setting Working Group. World Health Organization, editor. 2008 [consultado 28 Nov 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
26. Ministerio de Sanidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: Seguridad del paciente [Internet]. 2006 [consultado 16 Enero 2021]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad\\_ESP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad_ESP.pdf)
27. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Aten Primaria*. 2021;53(Suppl 1):102224.
28. Lluna Llorens ÁD. Mejora en la seguridad del paciente quirúrgico en el Hospital J.M. Morales Meseguer [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2020. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/99587>
29. Rani I. Attitude and preference of rehab sciences students on patient safety and quality improvement education. *Pak. j. rehabil*. 2021;10(1):51–9.
30. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica*. 2019;20:169–74.
31. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria*. 2017;49(6):343–50.
32. Aguiló Lucía J, Soria Aledo V. Gestión clínica en cirugía. 2nd ed. Madrid: Arán; 2016.
33. Lacoma F. Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI. *Rev Calid Asist*. 2008;23(4):145-7.
34. Lisboa T, Rello J. Prevention of nosocomial infections: Strategies to improve the safety of the patients in the intensive care unit. *Med Intensiva*. 2008;32(5):248–52.
35. Aranaz Andrés JM, Aibar Ramón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

2006. Disponible en:  
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/eneas.htm>
36. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
37. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. Setting priorities for patient safety in Primary Care. *Aten Primaria*. 2016;48(1):3–7.
38. Tomás-Vecina S, Chanovas-Borràs M, Roqueta F, Alcaráz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415–28. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-22/numero-6/evadur-eventos-adversos-ligados-a-la-asistencia-en-los-servicios-de-urgencias-de-hospitales-espanoles/>
39. Alcaraz Martínez J. Seguridad del paciente en los servicios de urgencias. Estudio regional de incidentes derivados de la atención en los servicios de urgencias hospitalarios del servicio murciano de salud [Tesis doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández; 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=211436&info=resumen&idioma=SPA>
40. Tejedor Fernández M, Gálvez Mateos R. Programa de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía;2009.
41. De Korvin G, Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European Union of Medical Specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way. *Ann Phys Rehabil Med*. 2009;52(7–8):594–607.
42. Loreto Vergara B. Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2010;21:281–8.
43. Águila Maturana AM, Álvarez Badillo A, Miangolarra Page JC, Rodríguez Rodríguez LP. La asistencia rehabilitadora en España durante el período previo a su reconocimiento oficial (1949–1969). *Rehabilitacion (Madr)*. 2001;35(4):242–8.
44. WHO Expert Committee on Rehabilitation & World Health Organization. Comité de Expertos en Rehabilitación Médica [se reunió en Ginebra del 24 al 28 de febrero de 1958]: primer informe. Ginebra; 1958. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37444>
45. Jiménez Sarmiento AS. De la sociedad andaluza de rehabilitación a la sociedad andaluza de medicina física y rehabilitación: 35 años de rehabilitación en Andalucía [Tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015. Disponible en: <https://prisma.us.es/publicacion/160334>

46. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Medicina física y Rehabilitación [Internet]. Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [consultado 16 Enero 2021]. Disponible en: [https://www.huvn.es/asistencia\\_sanitaria/medicina\\_fisica\\_y\\_rehabilitacion](https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/medicina_fisica_y_rehabilitacion)
47. Quiénes somos – Sociedad Murciana de Rehabilitación y Medicina Física [Internet]. [consultado 16 Enero 2021]. Disponible en: <http://sociedadmurcianaderehabilitacion.es/nosotros/>
48. Vicente-Herrero M, Terradillos García M, Aguado Benedí M, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre M, Aguilar Jiménez E. Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. Asociación española de especialistas en Medicina del Trabajo [Internet]. 2016 [consultado 28 Nov 2022]; Disponible en: [http://www.aeemt.com/contenidos/grupos\\_trabajo/Incapacidad\\_Discapacidad\\_AEEMT/DOCUMENTO%20INCAPACIDAD%20Y%20DISCAPACIDAD.pdf](http://www.aeemt.com/contenidos/grupos_trabajo/Incapacidad_Discapacidad_AEEMT/DOCUMENTO%20INCAPACIDAD%20Y%20DISCAPACIDAD.pdf)
49. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, número 299, (12 de diciembre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
50. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia promoció salud*. 2007;11–24.
51. Posada ÁH. Las personas con discapacidad. Su calidad de vida y la de su entorno. *Aquichan*;4(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/50/103>
52. Resolución de 26 de diciembre de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio con la Sociedad Española de Calidad Asistencial, en materia de calidad asistencial. Boletín Oficial del Estado, 14, (16 de enero de 2020). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-676](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-676)
53. Rehabilitation 2030 [Internet]. World Health Organization. [consultado 3 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
54. Barrera-Chacón JM, Zarco Periñán MJ. Gestión de calidad en rehabilitación. *Rehabilitacion (Madr)*. 2009;43(3):118–22.
55. Expósito Tirado JA, Martínez-Sahuquillo Amuedo ME, Ruiz de Vargas CE. Indicadores de calidad asistencial en rehabilitación. *Rehabilitacion (Madr)*. 2009;43(3):131–7.
56. McGory ML, Shekelle PG, Rubenstein LZ, Fink A, Ko CY. Developing quality indicators for elderly patients undergoing abdominal operations. *J Am Coll Surg*. 2005;201(6):870–83.
57. Morera Guitart J. Concepto de calidad en la asistencia sanitaria. Metodología para su medición. *Neurología*. 2003;18(4):30–42.
58. Martínez Sahuquillo Amuedo ME, Echevarría Ruiz de Vargas MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. “Método RAND/UCLA.” *Rehabilitación (Madr, Ed impr)*. 2001;388–92.

59. Medina-Mirapeix F, del Baño-Aledo ME, Oliveira-Sousa SL, Escolar-Reina P, Collins SM. How the rehabilitation environment influences patient perception of service quality: a qualitative study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(6):1112–7.
60. Gans BM. Evolving Models of Rehabilitation-Related Patient Safety and Quality: PIECES. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(6):1033–4.
61. DeLisa JA. Physiatry: medical errors, patient safety, patient injury, and quality of care. *Am J Phys Med Rehabil.* 2004;83(8):575–83.
62. Brathwaite D, Aziz F, Eakins C, Charles AJ, Cristian A. Safety precautions in the rehabilitation medicine prescription. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2012;23(2):231–9.
63. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ.* 1998;316(7138):1154–7.
64. Hagley GW, Mills PD, Shiner B, Hemphill RR. An Analysis of Adverse Events in the Rehabilitation Department: Using the Veterans Affairs Root Cause Analysis System. *Phys Ther.* 2018;98(4):223–30.
65. Cristian A, Green J. Patient safety and quality improvement in rehabilitation medicine. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2012;23(2):221–30.
66. Gandara E, Moniz TT, Ungar J, Lee J, Chan-Macrae M, O'Malley T, et al. Deficits in discharge documentation in patients transferred to rehabilitation facilities on anticoagulation: results of a systemwide evaluation. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34(8):460–3.
67. Gandara E, Moniz T, Ungar J, Lee J, Chan-Macrae M, O'Malley T, et al. Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: an evaluation of five acute care hospitals. *J Hosp Med.* 2009;4(8):28–33.
68. Guo M, Mandurah R, Tam A, Bayley M, Kam A. The incidence and nature of adverse events in rehabilitation inpatients with acquired brain injuries. *PM R.* 2022;14(7):764–8.
69. Milena Hernández P, Tatiana Ordoñez L, Andrés Guerrero J. Evento adverso y seguridad del paciente en fisioterapia. *Rev Cubana Invest Bioméd].* 2021;40(4).
70. Brady S, McEvoy J, Dommerholt J, Doody C. Adverse events following trigger point dry needling: a prospective survey of chartered physiotherapists. *J Man Manip Ther.* 2014;22(3):134–40.
71. Zeppos L, Patman S, Berney S, Adsett JA, Bridson JM, Paratz JD. Physiotherapy intervention in intensive care is safe: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy.* 2007 Jan 1;53(4):279–83.
72. Lipitz-Snyderman A, Pfister D, Classen D, Atonia CL, Killen A, Epstein AS, et al. Preventable and mitigable adverse events in cancer care: Measuring risk and harm across the continuum. *Cancer.* 2017 ;123(23):4728–36.

73. Villareal DT, Aguirre L, Gurney AB, Waters DL, Sinacore DR, Colombo E, et al. Aerobic or Resistance Exercise, or Both, in Dieting Obese Older Adults. *N Engl J Med.* 2017;376(20):1943–55.
74. Hidalgo García C, Tricás Moreno JM, Giner Nicolás R, Giménez Donoso C, Gómez Díaz A, San Gumersindo Lacasa S. Manipulación cervical: aproximación anatómico-biomecánica frente a los posibles riesgos e implicaciones prácticas. *Fisioterapia.* 2007 Dec 1;29(6):298–303.
75. Bacha JMR, Gomes GCV, De Freitas TB, Viveiro LAP, Da Silva KG, Bueno GC, et al. Effects of Kinect Adventures Games Versus Conventional Physical Therapy on Postural Control in Elderly People: A Randomized Controlled Trial. *Game of health Journal.* 2018;7(1):24–36.
76. Rahimi S, Khankeh HR, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Ebadi A, Layeghi F. Factors Affecting Patient Safety in Inpatient Rehabilitation Hospital: A Multidisciplinary Perspective. *Hosp Top.* 2023;1-11.
77. Annemans M, Van Dyck D, Heylighen A. How does the built environment affect patient safety in relation to physical activity? Experiences at a rehabilitation center. *Appl Ergon.* 2024 Apr 1;116:104214.
78. Kizer KW, Blum LN. Safe Practices for Better Health Care. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products).* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005.
79. NQF: Safe Practices for Better Healthcare [Internet]. National Quality Forum. [consultado 29 Nov 2022]. Disponible en: [https://www.qualityforum.org/news\\_and\\_resources/press\\_kits/safe\\_practices\\_for\\_better\\_healthcare.aspx](https://www.qualityforum.org/news_and_resources/press_kits/safe_practices_for_better_healthcare.aspx)
80. Perez Palacios KS. Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal del servicio de rehabilitación de un hospital público [Tesis doctoral]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/94445>
81. Guo M, Tardif G, Bayley M. Medical Safety Huddles in Rehabilitation: A Novel Patient Safety Strategy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(6):1217–9.
82. Fancott C, Velji K, Aimone E, Sinclair L. Exploration of patient safety phenomena in rehabilitation and complex continuing care. *Healthc Q.* 2006;9:135–40.
83. Sandlund M, Skelton DA, Pohl P, Ahlgren C, Melander-Wikman A, Lundin-Olsson L. Gender perspectives on views and preferences of older people on exercise to prevent falls: a systematic mixed studies review. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):1–14.
84. Durgin CJ. Increasing community participation after brain injury: strategies for identifying and reducing the risks. *J Head Trauma Rehabil.* 2000;15(6):1195–207.

85. Gitlin LN, Schinfeld S, Winter L, Corcoran M, Boyce AA, Hauck W. Evaluating home environments of persons with dementia: interrater reliability and validity of the Home Environmental Assessment Protocol (HEAP). *Disabil Rehabil.* 2002;24(1–3):59–71.
86. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing “Human Functioning and Rehabilitation Research” from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med.* 2007;39(9):655–71.
87. Resolución de 11 de septiembre de 2009, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se modifica la relación de Áreas de Salud en la que podrán solicitar prestar servicios los integrantes de las bolsas de trabajo del Servicio Murciano de Salud. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, 210. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/-/legislacion-162581?redirect=/legislacion>
88. Morgan D. *The Focus Group Guidebook. Focus group kit.* Londres: Sage Publications, editor. Vols. 1–6; 1998.
89. Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca El método Delphi. *REIRE.* 2016;9(1): 87-102.
90. Varela-Ruiza M, Díaz-Bravo L, García-Durána R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica.* 2012;1(1):90–5.
91. Hurtado de Mendoza Fernández S. Criterio de expertos. Su procesamiento a través del método Delphi. Universidad de Barcelona: *Histodidáctica*; 2012 [Consultado 19 Dic 2022]. Disponible en: [http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21:criterio-de-expertos-su-procesamiento-a-traves-del-metododelphy&catid=11:metodologia-y-epistemologia&Itemid=103](http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?option=com_content&view=article&id=21:criterio-de-expertos-su-procesamiento-a-traves-del-metododelphy&catid=11:metodologia-y-epistemologia&Itemid=103)
92. Dalkey N. An experimental study of group opinion: The Delphi method. *Futures.* 1969;1(5):408–26.
93. García Almirall P. *Investigación en técnicas de análisis cualitativo: el método Delphi.* Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña; 2011.
94. Skulmoski GJ, Hartman FT, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research The Delphi Method for Graduate Research 2. *Journal of Information Technology Education.* 2007;6:1-21.
95. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi Method Techniques and Applications.* New Jersey Institute of Technology; 2002.
96. Gordon TJ. *The Delphi method.* AC/UNU Millennium Project;1994
97. Webler T, Levine D, Rakel H, Renn O. A novel approach to reducing uncertainty: The group Delphi. *Technol Forecast Soc Change.* 1991;39(3):253–63.
98. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad. *Seguridad del Paciente*; 2011 Disponible en:



<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/earcas.htm>

99. Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación Resultados de la Beca Ruiz-Jarabo 2000. *Farmacia Hospitalaria*. 2003;27(3):137–49.
100. Gerza. Grupo focal [Internet]. Gerza.com. [Consultado 17 Dic 2022]. Disponible en: [https://www.gerza.com/tecnicas\\_grupo/todas\\_tecnicas/grupos\\_focales.html](https://www.gerza.com/tecnicas_grupo/todas_tecnicas/grupos_focales.html)
101. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370–6.
102. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*;38(3):261–71.
103. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. [Consultado 9 Febr 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
104. Aranaz JM. Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. *Rev calid asist*. ;19(supl.esp.1):10–4.
105. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2020 ;34(5):500–13.
106. Saturno P, Da Silva Gama Z, de Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, De Souza-Oliveira A, Proyecto ISEP G. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(SUPPL. 1):18–25.
107. GuíaSalud. Niveles de evidencia y grados de recomendación [Internet]. [consultado 13 Feb 2024]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/lupus-niveles/>
108. Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. 2nd ed. Editorial Masson, editor. Barcelona; 1987.
109. Hobgood C, Xie J, Weiner B, Hooker J. Error identification, disclosure, and reporting: practice patterns of three emergency medicine provider types. *Acad Emerg Med*. 2004 Feb;11(2):196-9.
110. Tamuz M, Thomas EJ, Franchois KE. Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(1):13–20.
111. Dovey SM, Phillips RL. What should we report to medical error reporting systems? *Qual Saf Health Care*. 2004 Oct;13(5):322-3-

112. Jaffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, Burroughs TE, Gallagher TH, Hill PR, et al. Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30(9):471–9.
113. Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, Blackburn S, Strandjord TP, Klein EJ, et al. Use of incident reports by physicians and nurses to document medical errors in pediatric patients. *Pediatrics.* 2004;114(3):729–35.
114. Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Appl Ergon.* 2006;37(3):283–95.
115. Wakefield DS, Wakefield BJ, Uden-Holman T, Blegen MA. Perceived barriers in reporting medication administration errors. *Best Pract Benchmarking Healthc.* 1996;1(4):191–7.
116. Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(5):383–8.
117. Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Marsh GB, Fraley RR. Perceived barriers to medical-error reporting: An exploratory investigation. *Journal of Healthcare Management.* 2002;47(4):263–80.
118. Carthey J. Implementing Human Factors in healthcare “How to” guide-volume 2 “Taking further steps.” Clinical Human Factors Group. 2013. [consultado 9 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/3.-Implementing-human-factors-in-healthcare-How-to-guide-.pdf>
119. Saturno PJ. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [consultado 9 Feb 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2008/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
120. Proyecto Bacteriemia zero: protocolo de prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en las UCI españolas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009. [consultado 9 Feb 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSC C/semicyuc/bacteriemiaZero.htm>
121. Estrategia Seguridad del Paciente del Sistema nacional de Salud 2015-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de servicios sociales e igualdad. [consultado 9 Feb 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp2015-2020.htm>



**Anexos**



## **ANEXO 1. Presentación de metodología de los grupos focales: descripción de la dinámica de trabajo grupal**

Buenas tardes, soy Marina García Garrido, residente de segundo año de Rehabilitación del H. Morales Meseguer, y estoy realizando mi tesis doctoral sobre seguridad del paciente en los servicios de Rehabilitación. Muchas gracias a todos por asistir a esta reunión.

Como introducción decir que la Seguridad del Paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica ya que hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

La Medicina Física y Rehabilitación es una especialidad en auge a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional, independencia y sobre todo, calidad de vida. Por tanto, teniendo presente que uno de los objetivos de la especialidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes, la calidad asistencial es fundamental y dentro de ella, la seguridad del paciente tiene un papel muy importante al que se le debería prestar gran atención.

Dada esta importancia y la ausencia de estudios en este ámbito, con nuestro trabajo pretendemos dar una visión, en base a la opinión de expertos, de cuáles son los principales problemas de seguridad en Rehabilitación en la Región de Murcia.

El propósito de esta reunión es intentar, entre todos, identificar fallos o problemas de seguridad del paciente que consideremos que hay en nuestros servicios de Rehabilitación tanto en las consultas como en los gimnasios; con el objetivo de obtener un listado de problemas que nos permitan elaborar un cuestionario acerca de la seguridad del paciente en Rehabilitación. Este cuestionario será remitido a los distintos servicios de Rehabilitación de la región con el objetivo de que médicos rehabilitadores y fisioterapeutas lo cumplimenten y así poder obtener la opinión de los expertos en relación a la seguridad del paciente.

La dinámica de la reunión va a consistir en que a partir de esta pregunta clave: **“Identifique los problemas de seguridad del paciente que pueden darse en un servicio de Medicina Física y Rehabilitación”**, realicemos “una tormenta de ideas” con posibles problemas de seguridad del paciente.

Para poder ir sacando estas ideas he intentado, en base a la bibliografía consultada, elaborar un listado de clases de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente para poder guiar la reunión en caso de que no vayan surgiendo ideas.

Por último, añadir que el equipo investigador nos comprometemos a cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar los principios de anonimidad y confidencialidad de la información compartida en esta reunión.

## **ANEXO 2. Categorías de factores o clases de eventos adversos relacionados con seguridad del paciente recomendadas por la NPSA (National Patient Safety Agency)**

1. Relacionados con la **identificación del paciente**:
  - Errores en la citación
  - Llamar por su nombre. ¿Privacidad?
2. Relacionados con el **diagnóstico o pruebas diagnósticas**:
  - ¿Anamnesis adecuada identificando contraindicaciones para los distintos ttos aplicables?
  - ¿Se piden más pruebas complementarias de las necesarias?
  - ¿Diagnosticamos a pacientes en función de dichas pruebas?
3. Relacionados con la **comunicación con el paciente y su familia// con otros profesionales**:
  - ¿Identificamos correctamente el motivo de la consulta?
  - ¿Explicamos bien a los pacientes el dx y tto? Información completa a los pacientes
  - ¿Saben coger la próxima cita o pedir las pruebas complementarias?
  - Consulta telefónica
4. Relacionados con una **valoración del estado general del paciente**:
  - ¿Analizamos correctamente la situación basal del paciente?
  - Estado cognitivo
5. Relacionados con **procedimientos e intervención**:
  - No verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
  - **¿Asepsia en las infiltraciones?** ¿Lavado de manos adecuado?
  - ¿Consentimiento informado en todos los procedimientos? ¿Cada área el suyo?
  - Derivaciones de fst a concertadas: no te deja modificarlas, solo en papel
6. Relacionados con **medicamentos**:
  - Alergias
  - ¿Prescripción adecuada en función de cada paciente?
  - ¿Miramos los analgésicos que toma antes de prescribir uno nuevo?
  - Advertencia sobre los efectos colaterales y riesgos previsibles
7. **Instalaciones**:
  - **Caídas**



- Adaptado a sillas de ruedas, bastones, ...
- Rampas
- Señalización de las consultas
- Sala de espera amplia
- Tipo de suelo
- Amplitud de las consultas
- Adecuada iluminación
- Aseos adaptados
- Camillas: ¿frenos bien?
- Ambulancias: malos horarios, movilizaciones de los pacientes, olvidos, ...

8. Relacionados con la **organización del sistema:**

- Tiempo de espera desde AP
- Tiempo de espera desde otras especialidades
- Demora en las revisiones
- Sobrecarga en las agendas

9. Relacionados con la **comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad:**

- ¿Sabemos identificarlos?
- ¿Se notifican?
- ¿Sabemos cómo se realiza una notificación?

10. **Fisioterapia:**

- Salas adecuadas: ¿espacio para cada paciente, privacidad?
- Tiempo con cada paciente y número de pacientes por fisioterapeuta
- Electroterapia: ¿qué fallos da? ¿Supervisión de los pacientes?
- ¿Aparatos adecuados y nuevos? Mantenimiento preventivo de los equipos
- Desinfección del material utilizado

### **ANEXO 3. Cuestionario de problemas de seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación**

#### **A. Identificación del paciente.**

1. En las consultas de rehabilitación se producen errores en la citación de los pacientes tales como citar a un paciente con el mismo nombre, pero diferente NHC.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1.2. Estos errores de identificación podrían generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. La barrera idiomática dificulta la identificación de los pacientes en las consultas y podría llevar a confusión, atendiendo al paciente incorrecto lo que podría ocasionar algún daño.

- a. 1 Nunca
- b. 2 Casi nunca
- c. 3 A veces
- d. 4 Muchas veces
- e. 5 Siempre

#### **B. Diagnóstico.**

1. Los errores diagnósticos están presentes en las consultas de rehabilitación, bien asumiendo el diagnóstico de derivación o bien realizando un diagnóstico erróneo tras la exploración física del paciente.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1.2. Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. La identificación de las contraindicaciones para la prescripción de electroterapia no siempre se realiza de manera exhaustiva en la consulta pudiendo ocasionar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

**C. Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales.**

1. No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1.2. Este problema de comunicación podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2.2. Esta falta de comunicación podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

3. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

4. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

4.2. Este poco tiempo de consulta podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

**D. Procedimientos e intervenciones sobre el paciente.**

1. El proceso de identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos como la infiltración de PRP genera problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2. No existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que podría ocasionar un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

**E. Prescripción de fármacos.**

1. La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que en ocasiones no coincide con lo redactado en el informe que entregamos al paciente.
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo

**F. Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación.**

1. El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como caídas.
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
2. El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como tiempos de espera prolongados, provocando retrasos en medicación, de ingesta en diabéticos....
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
3. El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como inasistencia a consulta o sala de tratamiento.
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
4. El acceso a los servicios de rehabilitación no está adaptado a todo tipo de pacientes dificultando el acceso a muchos de ellos.
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo
  
- 4.2. Las dificultades en los accesos pueden ocasionar problemas de seguridad en los pacientes como por ejemplo caídas.
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca

- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

5. El mobiliario de los servicios de rehabilitación no se adapta a la movilidad de los pacientes (ej. camillas anticuadas).

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

6. En los servicios de rehabilitación no hay carro de paradas o está sin chequear.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

6.2. Esta situación de los carros de parada podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

7. Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) no está adaptados a todo tipo de pacientes.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

8. Esta situación en los aseos podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

## **G. Organización del sistema.**

1. Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

2. El sistema informático no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2.2. La imposibilidad para modificar las prescripciones de fisioterapia puede generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

3. El sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no parece el nombre del paciente al que estamos atendiendo.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

3.1. La realización de una petición sin que aparezca el nombre del paciente seleccionado puede generar problemas de seguridad en los pacientes

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

#### **H. Comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad.**

1. No hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo

- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1.2. Esta situación genera o puede generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. Los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de los mismos y que se repita el evento adverso nuevamente.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

3. He notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que he sufrido o he podido presenciar durante la práctica clínica.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

**I. Sala de tratamiento de fisioterapia.**

1. El desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos, ...

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2. Las salas de electroterapia no cumplen con el aislamiento adecuado ni con la distancia de seguridad con respecto al resto de salas de fisioterapia pudiendo ocasionar daños al resto de pacientes.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo



3. Los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente y pueden estar mal calibrados.
- 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo
- 3.2. Esta situación puede ocasionar eventos adversos en los pacientes.
- 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
4. En las salas de tratamiento se producen quemaduras con las lámparas de termoterapia.
- 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
5. El sistema de anclaje de las barras paralelas al suelo es inadecuado y puede ocasionar tropiezos y caídas en los pacientes.
- 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
6. En ocasiones puede haber confusión de lateralidad en las fichas de tratamiento de fisioterapia y tratar al paciente del lado equivocado, generando un problema de seguridad para el mismo.
- 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo
7. Puede haber confusión en las fichas de tratamiento con las contraindicaciones de electroterapia que no quedan bien reseñadas, dificultando la realización de una segunda comprobación por el fisioterapeuta.
- 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo

5 Muy de acuerdo

8. La distribución de las salas de tratamiento dificulta el acceso de los pacientes en silla de ruedas o camillas.

1 Nada de acuerdo

2 Poco de acuerdo

3 Indiferente

4 De acuerdo

5 Muy de acuerdo

8.2. Este hecho puede ocasionar problemas de seguridad en los pacientes.

1 Nunca

2 Casi nunca

3 A veces

4 Muchas veces

5 Siempre

9. La falta de personal cualificado como son los celadores puede provocar que en las transferencias a las camillas de tratamiento haya caídas o el paciente sufra daños.

1 Nunca

2 Casi nunca

3 A veces

4 Muchas veces

5 Siempre



#### **ANEXO 4. Carta de presentación del primer cuestionario**

En relación con la realización de mi **tesis doctoral: “Seguridad del paciente en los servicios de rehabilitación de la Región de Murcia”** cuyo objetivo es Identificar cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud., solicito su participación en calidad de experto para formar parte de un estudio DELPHI.

El **método Delphi** es un procedimiento de consenso, próximo a la investigación cualitativa, que ofrece buenos resultados para obtener información procedente de personas expertas en un determinado campo.

Aclarar que la **definición de experto** en este tipo de estudio es aquella persona que lleva desempeñando su trabajo más de 3 años.

Como introducción decir que la Seguridad del Paciente es la **reducción del riesgo de daños innecesarios** relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, por tanto se considera un componente esencial de la Calidad Asistencial.

Un **incidente** relacionado con la seguridad del paciente es cualquier hecho o circunstancia de la asistencia sanitaria que ha producido o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuando ese evento o circunstancia produce daño para el paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso.

Teniendo presente que uno de los objetivos de nuestra especialidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes, la calidad asistencial es fundamental y dentro de ella, la seguridad del paciente tiene un papel muy importante al que se le debería prestar gran atención.

#### **El estudio a realizar consta de las siguientes fases:**

- Una primera consulta exploratoria de opiniones y valoraciones de un panel de profesionales expertos en medicina física y rehabilitación (médicos y fisioterapeutas).
- Elaboración de una síntesis informativa de los cuestionarios recibidos en la primera consulta.
- Remisión de la síntesis a todos los participantes en la primera consulta para su valoración y aporte de comentarios y sugerencias (segundo cuestionario).

- Elaboración de un documento final.

**¿En qué consiste su colaboración?**

Leer el cuestionario y contestar a todas las preguntas.

*Por último, añadir que el equipo investigador nos comprometemos a cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar los principios de anonimidad y confidencialidad de la información compartida en este cuestionario.*

Muchas gracias de antemano.

Marina García Garrido

**ANEXO 5: Cuestionario de problemas de seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación (versión definitiva)**

**A. Datos de identificación**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su trabajo en el centro de trabajo?

- FEA
- Fisioterapeuta
- Residente

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su centro de trabajo?

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 años o más

**B. Identificación del paciente.**

1. En las consultas de rehabilitación se producen errores en la citación de los pacientes como por ejemplo citar a un paciente con el mismo nombre, pero diferente NHC.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1.2. Estos errores de identificación podrían generar problemas de seguridad en los pacientes.

1. 1 Nunca

- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. La barrera idiomática dificulta la identificación de los pacientes en las consultas y podría llevar a confusión, atendiendo al paciente incorrecto lo que podría ocasionar algún daño.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

### C. Diagnóstico.

1. Los errores diagnósticos están presentes en las consultas de rehabilitación, bien asumiendo el diagnóstico de derivación o bien realizando un diagnóstico erróneo tras la exploración física del paciente.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 1.2. Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. Los errores diagnósticos están presentes en las consultas de rehabilitación, bien asumiendo el diagnóstico de derivación o bien realizando un diagnóstico erróneo tras la interpretación de pruebas complementarias.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 2.2. Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

3. La identificación de las contraindicaciones para la prescripción de electroterapia no siempre se realiza de manera exhaustiva en la consulta pudiendo ocasionar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

**D. Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales.**

1. No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 1.2. Este problema de comunicación podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. No hay buenas herramientas de comunicación entre médicos rehabilitadores y facultativos de otras especialidades, teniendo al paciente en muchas ocasiones, como intermediario.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 2.2. Este problema de comunicación podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

3. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de la patología que presenta el paciente, así como su diagnóstico.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo



4. El poco tiempo destinado a cada paciente en la consulta puede ocasionar falta de comprensión acerca de posología de los fármacos que deben tomar.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

4.2. Este poco tiempo de consulta podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

**E. Procedimientos e intervenciones sobre el paciente.**

1. El proceso de identificación de los pacientes en el momento de la realización de procedimientos como la infiltración de PRP genera problemas de seguridad en los pacientes.

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

2. No existen alertas en el sistema informático que indiquen que el paciente se encuentra anticoagulado, por lo que podría ocasionar un problema de seguridad en el paciente si no se verifica previamente por el facultativo antes de realizar la intervención.

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

**F. Prescripción de fármacos.**

1. La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que en ocasiones no coincide con lo redactado en el informe que entregamos al paciente.

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

**G. Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación.**

1. El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como caídas.
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
2. El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como tiempos de espera prolongados, provocando retrasos en medicación, de ingesta en diabéticos....
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
3. El transporte sanitario puede generar problemas de seguridad del paciente tales como inasistencia a consulta o sala de tratamiento.
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
4. El acceso a los servicios de rehabilitación no está adaptado a todo tipo de pacientes dificultando el acceso a muchos de ellos.
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo
  
- 4.2. Las dificultades en los accesos pueden ocasionar problemas de seguridad en los pacientes como por ejemplo caídas.
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
5. El mobiliario de los servicios de rehabilitación no se adapta a la movilidad de los pacientes (ej. camillas anticuadas).
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo

- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

6. En los servicios de rehabilitación no hay carro de paradas o está sin chequear.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

6.2. Esta situación de los carros de parada podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

7. Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) no está adaptados a todo tipo de pacientes.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

8. Esta situación en los aseos podría generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

#### **H. Organización del sistema.**

1. Debido a las listas de espera, los pacientes remitidos a los servicios de rehabilitación como preferentes se revisan para valorar adelantar la cita si lo precisan. En el caso de que un paciente no se remita de tal modo puede que sea atendido en consulta con tiempo de demora y esto ocasionar un problema de seguridad sobre él como retraso en el inicio del tratamiento.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2. El sistema informático no permite realizar modificaciones en las prescripciones de fisioterapia.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2.2. La imposibilidad para modificar las prescripciones de fisioterapia puede generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

3. El sistema informático puede ocasionar confusión de identidad ya que, al realizar una petición, en la ventana emergente no aparece el nombre del paciente al que estamos atendiendo.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

3.2. La realización de una petición sin que aparezca el nombre del paciente seleccionado puede generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

#### **I. Comunicación de eventos adversos o incidentes de seguridad.**

1. No hay cultura de seguridad del paciente y no se conoce el sistema de notificación de eventos adversos.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1.2. El desconocimiento del sistema de notificación de eventos adversos genera o puede generar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces

- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. Los incidentes de seguridad no se notifican o se realizan con la herramienta inadecuada impidiendo la corrección de estos y que se repita el evento adverso nuevamente.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

3. He notificado algún evento adverso o incidente de seguridad que he sufrido o he podido presenciar durante la práctica clínica.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

**J. Sala de tratamiento de fisioterapia.**

1. El desconocimiento de las alergias de los pacientes puede ocasionar reacciones alérgicas en la piel al aplicar ciertos tratamientos con geles, parafina, apósitos, ...

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

2. Las salas de electroterapia no cumplen con el aislamiento adecuado ni con la distancia de seguridad con respecto al resto de salas de fisioterapia pudiendo ocasionar daños al resto de pacientes.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

3. Los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente y pueden estar mal calibrados.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

3.2. Esta situación con los aparatos de electroterapia puede ocasionar eventos adversos en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

4. En las salas de tratamiento se producen quemaduras con las lámparas de termoterapia.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

5. El sistema de anclaje de las barras paralelas al suelo es inadecuado y puede ocasionar tropiezos y caídas en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

6. En ocasiones puede haber confusión de lateralidad en las fichas de tratamiento de fisioterapia y tratar al paciente del lado equivocado, generando un problema de seguridad para el mismo.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

7. En las fichas de tratamiento de electroterapia puede haber confusión con las contraindicaciones de electroterapia ya que no se notifican por escrito por parte del médico y el fisioterapeuta no puede realizar una segunda comprobación.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

8. La distribución de las salas de tratamiento dificulta el acceso de los pacientes en silla de ruedas o camillas.

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente

- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

9. El difícil acceso a las salas de tratamiento puede ocasionar problemas de seguridad en los pacientes.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

10. La falta de personal cualificado como son los celadores puede provocar que en las transferencias a las camillas de tratamiento haya caídas o el paciente sufra daños.

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

## ANEXO 6. Segundo cuestionario de problemas de seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación

### A. Datos de identificación

Nombre:

Apellidos:

Ciudad:

Centro de trabajo:

### B. Diagnóstico.

1. Los errores diagnósticos pueden ocurrir en las consultas de rehabilitación si se asume el diagnóstico de derivación del paciente. *(pregunta 4 del cuestionario inicial)*

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 1.2. Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes. *(pregunta 5 del cuestionario inicial)*

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

2. En las consultas de rehabilitación pueden ocurrir errores diagnósticos debido a la interpretación incorrecta de pruebas complementarias. *(pregunta 6 del cuestionario inicial)*

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 2.2. Estos errores diagnósticos podrían generar problemas de seguridad en los pacientes. *(pregunta 7 del cuestionario inicial)*

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre



3. A la hora de prescribir electroterapia, si no se identifican sus contraindicaciones, podemos realizar una prescripción inadecuada y ocasionar daño al paciente. *(pregunta 8 del cuestionario inicial)*

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

**C. Comunicación con el paciente y comunicación entre profesionales.**

1. La comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas puede ocasionar problemas de seguridad del paciente al no tener buenas herramientas para ello. *(pregunta 9 del cuestionario inicial)*

- 1 Nada de acuerdo
- 2 Poco de acuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

- 1.2. Esta comunicación ineficaz puede generar problemas de seguridad en los pacientes. *(pregunta 10 del cuestionario inicial)*

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Muchas veces
- 5 Siempre

**D. Prescripción de fármacos.**

1. La prescripción de medicamentos mediante la herramienta informática puede ocasionar fallos en la posología de estos ya que no permite especificar las pautas ascendentes o descendentes de algunos de ellos, como por ejemplo, prescripción de gabapentina, pregabalina, dexametasona, etc. *(pregunta 18 del cuestionario inicial)*

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

#### **E. Instalaciones y acceso del servicio de rehabilitación.**

1. Es importante que el mobiliario de los servicios de rehabilitación se adapte a la movilidad de los pacientes para evitar incidentes de seguridad. *(pregunta 24 del cuestionario inicial)*
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo
  
2. En los servicios de rehabilitación debe haber carro de paradas y comprobar su funcionamiento periódicamente. *(pregunta 25 del cuestionario inicial)*
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo
  
- 2.1. Los problemas con los carros de parada generan problemas de seguridad en los pacientes. *(pregunta 26 del cuestionario inicial)*
  - 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 A veces
  - 4 Muchas veces
  - 5 Siempre
  
3. Los aseos en los servicios de rehabilitación (tanto consultas como salas de tratamiento de fisioterapia) deben estar adaptados a todo tipo de pacientes. *(pregunta 27 del cuestionario inicial)*
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo

#### **F. Sala de tratamiento de fisioterapia.**

1. Es importante el aislamiento adecuado y la distancia de seguridad en las salas de electroterapia para no ocasionar daños al resto de pacientes en tratamiento. *(pregunta 39 del cuestionario inicial)*
  - 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo

2. Si los aparatos de electroterapia no pasan las revisiones periódicamente pueden estar mal calibrados y ocasionar problemas de seguridad del paciente. *(pregunta 40 del cuestionario inicial)*
- 1 Nada de acuerdo
  - 2 Poco de acuerdo
  - 3 Indiferente
  - 4 De acuerdo
  - 5 Muy de acuerdo

## **ANEXO 7. Carta de presentación del segundo cuestionario**

En relación con la realización de mi **tesis doctoral: “Seguridad del paciente en los servicios de rehabilitación de la Región de Murcia”** cuyo objetivo es Identificar cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud, solicito nuevamente su participación en el estudio.

Gracias a sus respuestas hemos podido identificar diferentes situaciones en las que puede verse comprometida la seguridad de los pacientes.

Tal y como indiqué en la carta de presentación del primer cuestionario, los trabajos con método Delphi comprenden varias fases. Esta segunda fase consta de un **segundo cuestionario** con la reformulación de las preguntas en las que ha habido mucha disparidad de respuestas para llegar a un consenso. Este segundo cuestionario es mucho más breve y sencillo que el primero.

Para obtener resultados de calidad que nos ayuden a mejorar la seguridad de los pacientes es necesario mantener el mismo panel de expertos en ambas rondas.

### **¿En qué consiste su colaboración?**

Leer el cuestionario y contestar a todas las preguntas.

*Por último, añadir que el equipo investigador nos comprometemos a cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar los principios de anonimidad y confidencialidad de la información compartida en este cuestionario.*

Muchas gracias de antemano.

Marina García Garrido



## ANEXO 8. Autorización comisión investigación del hospital HMM



### AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (CETI)  
ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

**I N F O R M A:** Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer por parte del Investigador Dra. MARINA GARCÍA GARRIDO, R.2 de Rehabilitación cuyo tutor referente en el Área y Tutor Académico es el Dr. Julián ALCARAZ MARTÍNEZ, Coordinador de Calidad. El título de estudio es: "Seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación de la Región de Murcia". Código-CETI: 05/21.

Una vez revisada la documentación enviada, se comprueba que se cumplen los siguientes requisitos:

- El protocolo de estudio cuenta con el rigor metodológico adecuado a los objetivos de la investigación.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos y custodia de la información. Firma cláusula de confidencialidad.
- Se garantiza la idoneidad de la información al paciente, verificando la hoja de información al paciente y su autorización para participar en el estudio.
- Deben tener en cuenta las recomendaciones de los evaluadores en Anexo I.

Por todo lo anteriormente expuesto **informo que el estudio es viable en todos sus términos.** Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe que **autoriza a realizar dicha investigación.**

En Murcia a 23 de febrero de 2021

Fdo. : Víctor Soria Aledo  
Presidente Comisión Evaluación  
Trabajos de Investigación Área VI



  
VºBº  
Andrés Carrillo González  
Director Gerente Área VI



## ANEXO 9. Compromiso de confidencialidad para proyectos de investigación HMM



### ANEXO IV

#### Anexo IV. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

##### ÁREA VI.- SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A través del Director Gerente del Área VI, se ha AUTORIZADO la realización del estudio: **“Seguridad del paciente en los Servicios de Rehabilitación de la Región de Murcia”**, por parte del investigador **Dra. MARINA GARCÍA GARRIDO R.2 de Rehabilitación**, cuyo tutor referente en el Área y Tutor Académico es el **Dr. Julián ALCARAZ MARTÍNEZ. Coordinador de Calidad. Código-CETI: 05/21.**

El estudio tiene como objetivo principal:

- Identificar, según la opinión de expertos, cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los Servicios de Rehabilitación del Servicio Murciano de Salud.
- y solicita (acceder al contenido de las historias clínicas, realizar una entrevista a los pacientes, etc.).

El abajo firmante hace constar:

- Que se compromete a tratar la documentación, información, resultados y datos relacionados con el estudio conforme a su carácter confidencial y secreto, velando por la circulación restringida de dicha información.
- El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se rige por lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, del Parlamento Europeo y del Consejo, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica 15/1999, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Que los investigadores colaboradores y personal de apoyo velaran igualmente por las cláusulas precedentes.

Murcia, a 23 de febrero de 2021

Fdo.: Marina GARCÍA GARRIDO.

(Investigador Principal)





## ANEXO 10. Documento de compromiso UMU



puede interponer recurso de alzada ante el rector, en los términos previstos en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Si el doctorado se lleva a cabo en el marco de un convenio con otra institución, las partes deberán atenerse a las disposiciones particulares mencionadas en el convenio de colaboración que las personas firmantes de este compromiso deberán conocer.

### 8. Vigencia

Este documento tendrá efectos desde la fecha de la firma hasta la lectura de la tesis doctoral, exceptuando las cláusulas que contienen obligaciones permanentes en el tiempo. No obstante, quedará sin efecto en caso de incumplimiento de alguna de las cláusulas previstas en el presente documento o en la normativa reguladora sobre los estudios de doctorado de la Universidad de Murcia.

Murcia, 27 de enero de 2022

Doña MARINA GARCIA GARRIDO

(firma)

Director Don JULIAN ALCARAZ MARTINEZ

(firma)

Firmado por ALCARAZ MARTINEZ, JULIAN (FIRMA) el día 26/04/2022 con un certificado emitido por AC DNIE 006

Tutor Don VICTORIANO SORIA ALEDO

(firma)

Vicerrectora de Estudios Doña SONIA MADRID CANOVAS

Sellado con certificado electrónico reconocido.  
La información sobre el sello, la fecha de sellado y el código de verificación del documento se encuentra disponible en los márgenes izquierdo e inferior



#### 4. Obligaciones y dedicación de la doctoranda

La doctoranda se compromete a cumplir con los deberes que se establecen en el artículo 10 del Reglamento por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado de la Universidad de Murcia y a desarrollar los estudios de doctorado en el marco de lo que establece la normativa aplicable y de acuerdo con los compromisos que resultan de este documento. Tendrá que informar al director regularmente de la evolución del trabajo, de los resultados obtenidos, y de los problemas que se le puedan plantear en el desarrollo, y deberá comprometerse a tener en consideración los comentarios que le haga el director.

A estos efectos, la dedicación de la doctoranda será de tiempo completo, de acuerdo con lo que se establezca en la normativa aplicable.

#### 5. Confidencialidad

La doctoranda se compromete a mantener en secreto todos los datos e informaciones que puedan tener la consideración de información confidencial y que el director de la tesis, el tutor, si es el caso, o cualquier miembro del equipo investigador en el que esté integrada le proporcionen o revelen de manera oral, escrita, gráfica o por cualquier otro medio de difusión. Asimismo se obliga a no revelar, comunicar, ceder o divulgar a terceros ninguna información relativa a su trabajo, y a utilizar la información obtenida única y exclusivamente en la realización de la tesis doctoral.

La doctoranda se obliga a no revelar ninguna información del proyecto de investigación en el que participe sin haber obtenido, de manera expresa y por escrito, la autorización correspondiente del director de tesis doctoral o del tutor.

La doctoranda se obliga a firmar los compromisos de confidencialidad que le puedan requerir el director de la tesis doctoral, de los proyectos de investigación o del tutor.

El compromiso de confidencialidad y secreto continuará en vigor y será vinculante incluso tras haber finalizado la relación administrativa o laboral entre la doctoranda y la Universidad de Murcia.

#### 6. Régimen de propiedad intelectual/industrial

La doctoranda tendrá derecho a ser reconocida como titular de los derechos de propiedad intelectual o industrial que le puedan corresponder de acuerdo con la legalidad vigente y a aparecer como coautora en todos los trabajos, los artículos o las comunicaciones donde se expongan los trabajos de investigación en los que la doctoranda haya participado de manera relevante.

Con respecto a eventuales derechos de propiedad industrial que pueda poseer la doctoranda sobre los resultados de la investigación, la doctoranda quedará sujeta a lo que establece la legislación vigente para las patentes universitarias y a la normativa aprobada por la Universidad de Murcia.

#### 7. Resolución de conflictos

En caso de incumplimiento de los compromisos incluidos en este documento, las partes deberán ponerlo en conocimiento del coordinador del programa de doctorado, que deberá actuar como mediador. Si la mediación no resuelve el conflicto, se dará traslado a la Comisión General de Doctorado, que lo deberá resolver. Contra el acuerdo de la Comisión General de Doctorado se



## DOCUMENTO DE COMPROMISO

Este compromiso tiene por objeto establecer los principios que han de regir las relaciones entre la doctoranda y el director de la tesis y define los derechos y los deberes respectivos y los compromisos recíprocos de las personas firmantes con la finalidad de asegurar la realización y seguimiento de un plan de investigación original e innovador, un plan personal de formación continuada como apoyo al proyecto de investigación y la elaboración de la tesis doctoral de la doctoranda, y firman este documento:

- la doctoranda: Doña MARINA GARCIA GARRIDO, matriculada en el curso 2021/2022 en el PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD, línea de investigación "CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO".
- el director de la tesis: Don JULIAN ALCARAZ MARTINEZ.
- el tutor: Don VICTORIANO SORIA ALEDO.
- la Vicerrectora de Estudios: Doña SONIA MADRID CANOVAS.

### 1. Colaboración mutua

Las personas firmantes de la tesis se comprometen a establecer unas condiciones de colaboración mutua que hagan posible la presentación del Plan de Investigación, su seguimiento anual, la realización progresiva del trabajo de investigación y, finalmente, la defensa de la tesis doctoral de la doctoranda, de acuerdo con los procedimientos y los plazos establecidos en la normativa que es de aplicación.

### 2. Normativa

Quienes firman el presente compromiso declaran conocer la normativa general vigente reguladora de los estudios de doctorado y la específica de la Universidad de Murcia recogida en el Reglamento por el que se regulan las enseñanzas oficiales de Doctorado (aprobado en el Consejo de Gobierno el 27 de enero de 2012 y modificado en sesiones de 26 de julio y 4 de octubre de 2013) y aceptan que las disposiciones contenidas en ellas rijan la tramitación y defensa de la tesis doctoral objeto del presente compromiso.

### 3. Obligaciones y dedicación del director de tesis

El director de tesis se compromete a cumplir con las funciones y deberes que se recogen en el artículo 12 del Reglamento por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado de la Universidad de Murcia. En particular, a mantener con regularidad reuniones de trabajo con la doctoranda para orientar y analizar la evolución y desarrollo de su plan de investigación. Supervisará y hará el seguimiento de la actividad investigadora que desarrolle la doctoranda, y procurará que vaya adquiriendo iniciativa y autonomía en la línea de investigación prevista. El director de tesis procurará que el plan de investigación tenga un carácter original, formador, innovador y que sea realizable en los términos que haya propuesto la doctoranda y con los medios a los que la doctoranda tenga posibilidades de acceso, además de coherente con la línea de investigación a la cual se vincule. A estos efectos, la dedicación del director será reconocida de acuerdo con la normativa vigente de la Universidad de Murcia.