



TÍTULO: Traducción, adaptación y validación del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety culture (MOSPS) de la Agency Health Research and Quality(AHRQ) para medir la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria.

AUTORES: Astier Peña MP, Maderuelo Fernández JA. Olivera Cañadas G, Torijano Casalengua ML, Silvestre Busto C y Grupo de Seguridad del Paciente de SEMFYC.

PROYECTO FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

El proyecto se lleva a cabo por el grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC) y está patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MS y PS).

Consiste en la traducción al castellano, adaptación transcultural y validación del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS) para explorar la percepción de los profesionales de los centros de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN:

La difusión de la cultura de la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales es una línea estratégica de la política de calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social (MS y PS). Para medir la percepción de la seguridad del paciente por parte de los profesionales, en el entorno de la atención especializada se han traducido y adaptado varios cuestionarios en los últimos años, pero ninguno refleja la realidad de la atención primaria. La AHRQ ha publicado un cuestionario para medir la cultura de la seguridad del paciente en el entorno de la atención médica ambulatoria. Este cuestionario recoge las características fundamentales del trabajo en atención primaria:

- Está orientado a identificar la cultura de la seguridad del paciente en un entorno de trabajo en equipo.
- Está diseñado para recoger la opinión tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios.
- Contiene las dimensiones más importantes que conforman el constructo de la cultura de seguridad del paciente en una organización sanitaria de carácter ambulatorio junto con aspectos importantes de calidad asistencial.
- Dispone de una aplicación para calcular los resultados de las encuestas y permite compararse con la base de datos internacional que dispone la AHRQ.

Por ello el Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) , gracias a un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, lo ha considerado idóneo para traducirlo, adaptarlo y ponerlo a disposición del Sistema Nacional de Salud, con el fin de que pueda ser aplicado en las organizaciones, los centros de salud y las consultas de medicina de familia.

METODOLOGÍA

La adaptación de un cuestionario a otra cultura, tiene como objetivo, conseguir un instrumento equivalente al desarrollado en el país de origen en cuanto al constructo que se quiere medir, pero con las matizaciones propias de la cultura en la que se va a aplicar.

El cuestionario original consta de 62 preguntas, divididas en nueve secciones. Tres variables clasifican al encuestado con respecto a la categoría que ocupa y tiempo que lleva trabajando y hay una pregunta que permite hacer comentarios libres. El resto de las mismas, tienen opciones de respuestas categorizadas según escala tipo Likert.

51 preguntas miden las 12 dimensiones que configuran el constructo de cultura de seguridad del paciente. Seis de las cuales (comunicación abierta entre el personal, comunicación acerca de error, aprendizaje de la organización, percepción general de la seguridad del paciente y calidad, soporte de liderazgo para la seguridad del paciente y trabajo en equipo) son similares a las dimensiones del cuestionario sobre la Seguridad del Paciente desarrollado por la AHRQ para los hospitales. Las restantes seis dimensiones del mismo son únicas para las consultas médicas ambulatorias (cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente o la calidad de la atención en los consultorios médicos, intercambio de información con otros dispositivos asistenciales, presión asistencial y ritmo de trabajo, formación de personal no sanitario, procedimientos del centro y normalización de los mismos; seguimiento en la atención al paciente).

Esta primera parte del proyecto se ha llevado a cabo en las siguientes etapas:

Etapas de desarrollo del proyecto.

Etapas 1: Se establece contacto con las personas responsables de las encuestas de la AHRQ para comunicar el proyecto de traducción al castellano, quienes están de acuerdo e interesados en la versión definitiva.

La traducción de la versión original del cuestionario la realizan dos profesionales bilingües hispano-ingleses. Surge así MOSPS_castellano_versión.1.

Etapas 2: Evaluación gramatical, lingüística y semántica, por medio de debriefing de los investigadores del proyecto y de profesionales seleccionados de centros de salud.

Además se sigue con la sistemática de la traducción y por ello un sanitario con experiencia en países de habla inglesa evalúa la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y de las opciones de respuesta de esta primera versión. Con las modificaciones pertinentes, esta segunda versión se retrotraduce al inglés, por traductor bilingüe americano, obteniéndose la primera retrotraducción. Esta versión es analizada por el equipo investigador, el autor y uno de los traductores, que evalúan la equivalencia conceptual. Del consenso surge una segunda versión de la retrotraducción.

Ésta última, se traduce de nuevo al castellano. Se reúne al equipo investigador, el traductor bilingüe y el experto con experiencia en países sajones para obtener equivalencia conceptual, claridad y naturalidad en la redacción. Surge así MOSPS_castellano_versión 2.

Etapa 3: Aceptabilidad y viabilidad del cuestionario: primer pase del cuestionario en Granada, mayo 2009, en la II Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. De los resultados de este pase, la discusión con la autora americana y el debriefing con profesionales sanitarios se matizan la redacción de varias preguntas. Surge así MOSPS_castellano_versión.3. Se hace también un análisis de legibilidad del cuestionario (fórmula de Szigriszt).

Etapa 4: Análisis de la validez de contenido. Los profesionales sanitarios en sus respuestas reflejan que echan en falta preguntas para ellos que sólo se preguntan a los no sanitarios. Tras consultar con varios expertos externos, se duplican seis preguntas que recogen la perspectiva de la seguridad del paciente por parte de los profesionales sanitarios y que en el original únicamente se preguntaban a no sanitarios. Surge así MOSPS_castellano_adaptada.

Etapa 5: Evaluación de las características métricas, validez de constructo, fiabilidad y consistencia interna. Se realiza un pilotaje del cuestionario seleccionando una muestra de 185 profesionales de varias comunidades autónomas.

Resultados:

Una vez realizadas todas las etapas de traducción y validación, se han obtenido dos instrumentos fiables para explorar la percepción de los profesionales de atención primaria sobre la cultura de seguridad del paciente. Uno ajustado a la versión americana con igual número de variables (MOSPS_castellano_versión .3) y otro adaptado a la percepción de los profesionales españoles con seis preguntas duplicadas orientadas a recoger matices de los profesionales sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente.

La aplicación de la fórmula de perspicuidad de Szigriszt al cuestionario dio un valor de 75,87, equivalente al rango “bastante fácil de leer”.

Las propiedades psicométricas, validez de constructo, fiabilidad, consistencia interna y validez de contenido del cuestionario han sido evaluadas con una muestra de 185 encuestas procedentes de diferentes comunidades autónomas. De estos 185 participantes el (68,6%) eran profesionales sanitarios, un 40,5% médicos, un 25,9% enfermeras y 2,2 pertenecientes a otras profesiones sanitarias. Un 11,4% de la muestra participante era personal administrativo y un 19,6% gestores sanitarios (entre los que se incluyen coordinadores médicos, responsables de enfermería, y otros gestores)

El poder de discriminación fue bueno para todas las preguntas incluidas las seis sentencias nuevas, que no alteran la validez del constructo.

El valor de coeficiente alfa de Cronbach para ambos cuestionarios indica una alta consistencia interna (0,96) para el total de la escala. Los coeficientes alfa de Cronbach de 10 de las 13 dimensiones evaluadas se sitúan entre los valores de 0,70 a 0,94. Sólo las dimensiones: “Formación del personal no sanitario”, “Seguimiento de la atención a los pacientes” y “Comunicación sobre el error” obtienen valores ligeramente inferiores a 0,70.

El análisis factorial permitió que la información que recoge el cuestionario se resumiese en 15 dimensiones para ambos cuestionarios (MOSPS_castellano_versión 3 y MOSPS_castellano_adaptado) con una adscripción de variables idéntica en 7 de las 12 dimensiones del cuestionario original.

Tres dimensiones de la versión original, se identifican con otros tres factores que mantienen todas las variables menos una.

Los resultados del análisis factorial concuerdan con los obtenidos en la consistencia interna de forma que las preguntas que se segregan de sus dimensiones y se adscriben a otras distintas son las mismas que, en el análisis de fiabilidad, mostraban menor consistencia en sus dimensiones.

En cuanto al estudio de la no respuesta: las secciones que presentan una mejor respuesta son las que hacen una “valoración global de la calidad y de la seguridad del paciente”, seguidas de la sección “trabajando en el centro de salud”. Por el contrario las secciones que acumulan una mayor frecuencia de preguntas sin respuesta son las que se corresponden con las dimensiones AHRQ de “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “Aprendizaje organizacional” y “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad. ”. Estas dimensiones acumulan todas las preguntas con una tasa de no respuesta superior a 15%. No obstante se percibe una diferencia notable en el origen de la no respuesta, de forma que en las sentencias de las dos primeras dimensiones mencionadas, la no respuesta es a expensas de la opción “No lo sé / no procede”, mientras que en el caso de las sentencias correspondientes al “Aprendizaje

organizacional” y “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” los encuestados no han marcado ninguna opción de respuesta.

La tasa de no respuesta, es posible que esté condicionada por la distinta organización del sistema sanitario en un país y otro y el papel claramente diferenciado que en nuestro sistema juega cada profesional, con tareas también claramente diferenciadas a las de los profesionales americanos y, a su vez, muy diferentes entre profesionales sanitarios y no sanitarios en nuestro país.

Conclusiones:

La validación ha supuesto un proceso complejo que ha implicado la recogida de información de múltiples fuentes y de diferentes evidencias empíricas.

La evaluación del cuestionario pilotado nos hace concluir que el cuestionario de la AHRQ traducido, adaptado y ampliado es para nuestro medio un instrumento válido y fiable para la medición de la cultura de la Seguridad en Atención Primaria de Salud.

Características como el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario o la sencillez y amabilidad del formato son cuestiones muy importantes que pueden ser mejoradas.

La opinión generalizada de los encuestados es que se trata de un cuestionario largo aunque de temática interesante, por lo que nos hace concluir aunque el cuestionario original traducido, adaptado y ampliado de la AHRQ es válido y fiable y debe emplearse para las comparaciones internacionales en cuanto a las mediciones de cultura de seguridad, en nuestro ámbito sería más adecuado y manejable un cuestionario con menor número de ítems de cara a facilitar la cumplimentación.

Un aspecto importante de cara a la utilización del cuestionario en español es la traducción de la herramienta de análisis automática disponible en la página Web de la AHRQ,

Esto es un trabajo que completará el proyecto y permitirá difundir de una forma más eficiente la cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud de habla hispana.