
Trabajo Fin de Grado

Revisión de la literatura: El impacto de la implementación de las rondas de seguridad clínica en la cultura de seguridad del paciente.

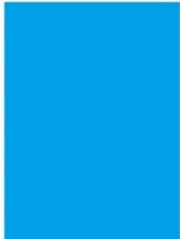
María Isabel López Muxi



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Revisión de la literatura: El impacto de la implementación de las rondas de seguridad clínica en la cultura de seguridad del paciente

Grado en Enfermería

Autor: María Isabel López Muxi

Tutor: Ramón Mir Abellán

Fecha de presentación: 04/05/2020

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de
impresión, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la
Universitat Internacional de Catalunya”**

(En el reverso de la página del Título)

Agradecimientos

Primero de todo, quiero agradecer a mi familia y amigos por su paciencia y apoyo, no solo a lo largo de este trabajo, sino de toda la carrera de Enfermería. Por acompañarme y ayudarme a conseguir mis metas.

A mi tutor del trabajo de final de grado, Ramón, por ayudarme a realizarlo, aconsejarme, corregirme y apoyarme.

A la universidad, por permitirme crecer tanto a nivel cognitivo como personal.

Índice

Resumen	2
Abstract.....	3
Índice de tablas.....	4
Índice de figuras.....	5
Lista de abreviaturas.....	6
Introducción	7
Objetivos.....	10
Metodología	11
Resultados.....	15
Discusión	24
Conclusiones	29
Reflexión personal.....	30
Referencias Bibliográficas.....	31
Anexos.....	34

Resumen

Introducción: La literatura sobre la cultura de seguridad del paciente ha ido incrementando en los últimos años. Al mismo tiempo, han aparecido distintas estrategias de mejora con respecto a la seguridad del paciente, dentro de las cuales encontramos las rondas de seguridad clínica. Varios estudios explican la implementación de estas rondas y su impacto en las organizaciones.

Objetivo: Conocer el impacto de la implementación de rondas de seguridad clínica en la cultura de seguridad del paciente.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura en las siguientes bases de datos: Pubmed y CINAHL. Se siguió una estrategia de búsqueda con criterios de inclusión y exclusión de los artículos encontrados, dando como resultado 14 artículos. Estos estudios fueron analizados y sintetizados.

Resultados: Los artículos incluidos según tipo de estudio son: estudio cualitativo (14,28%), estudio cuantitativo (14,28%), estudio descriptivo (21,42%), estudio explorativo (7,14%), método mixto (21,42%) y revisión sistemática (21,42%). De éstos se extraen los siguientes temas de importancia: impacto de las rondas de seguridad clínica, rondas de seguridad como parte de otras intervenciones, *feedback* posterior a rondas y la relación entre la gerencia y los profesionales de primera línea.

Conclusiones: Las rondas de seguridad clínica tienen un impacto positivo en la cultura de seguridad del paciente aumentando los conocimientos de sobre la seguridad del paciente, tanto en la gerencia como en los profesionales de primera línea, y ayudando a identificar riesgos y amenazas potenciales en el área de cuidado.

Palabras clave: Rondas de seguridad, rondas de seguridad clínica, cultura de seguridad, seguridad del paciente.

Abstract

Introduction: In the last years, the literature about the culture of patient safety has been increasing. At the same time, different improvement strategies of the patient safety have appeared, within which we can find walk rounds. Several studies explain the implementation of walk rounds and their impact on organizations.

Objective: This study aimed to know the impact of the implementation of the walk rounds on the culture of patient safety.

Methodology: A literature review was performed in the following databases: Pubmed and CINHAHL. A strategy of inclusion and exclusion of the articles found was followed, resulting in 14 articles. These studies were analyzed and synthesized.

Results: The articles included according to the type of study are qualitative study (14.28%), quantitative study (14.28%), descriptive study (21.42%), explorative study (7.14%), mixed-method (21.42%) and systematic review (21.42%). From these, the following topics of importance are extracted: implant of walk rounds, walk rounds as a part of other interventions, feedback after walk rounds and the relationship between senior leaders and frontline staff.

Conclusions: The walk rounds have a positive impact on the culture of patient safety by increasing knowledge of patient safety, both senior leaders and frontline staff, and helping to identify potential risks and threats in the care area.

Keywords: Walkrounds, Walk rounds, Safety culture, Patient safety.

Índice de tablas

Tabla 1: Estrategia de búsqueda.....	11
Tabla 2: Estrategia de búsqueda aplicada en Pubmed y número de artículos correspondiente	11
Tabla 3: Estrategia de búsqueda aplicada en CINAHL y número de artículos correspondiente	12
Tabla 4: Resultado de artículos final de artículos en las dos bases de datos	12
Tabla 5: Criterios de inclusión y exclusión de artículos.....	13

Índice de figuras

Figura 1: Algoritmo de selección de artículos	14
Figura 2: Porcentaje de artículos según año de publicación.....	15
Figura 3: Porcentaje de artículos según país de publicación	16
Figura 4: Porcentaje de artículos según tipo de estudio	16

Lista de abreviaturas

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

CSP: Cultura de seguridad del paciente.

CS: Cultura de seguridad.

RSC: Rondas de seguridad clínica.

SP: Seguridad del paciente.

PS: Problemas de seguridad.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

UPP: Úlcera por presión.

SAQ: Safety attitudes questionnaire.

HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Introducción

La mejora de la calidad asistencial ha estado siempre presente en los sistemas nacionales de salud en todos los niveles de asistencia sanitaria. Una de las herramientas que más programas y acciones ha ido desarrollando es sobre la seguridad del paciente. Este hecho es esencial en la calidad asistencial, ya que implica estrategias para disminuir el daño innecesario al paciente que tienen relación con el cuidado¹.

El libro *To Err is Human* de Linda et al, nos da conocer que en el año 2000 sucedieron 98 mil muertes a causa de errores médicos². Este hecho junto con el creciente número de literatura con respecto a la cultura de seguridad del paciente hizo que se plantearan una serie de estrategias para reducir estos errores y mejorar la seguridad del paciente^{2,3}. Estas estrategias son recomendaciones para que exista una mejor seguridad del paciente en las áreas de liderazgo; mejor recopilación y análisis de datos; desarrollo de actividades efectivas a nivel del paciente; y métodos efectivos de comunicación^{2,4}.

La cultura de seguridad del paciente, entendida como un conjunto de valores, creencias, normas y procedimientos relacionados entre los componentes de una organización, unidad o equipo. Esta cultura se caracteriza por dirigir los problemas de seguridad del paciente, englobar al personal sanitario, administrar todos los niveles del hospital e influenciar el proceso del cuidado⁵.

Una cultura positiva de seguridad del paciente es un requisito indispensable para minimizar y prevenir incidentes relacionados con la seguridad y poder aprender de los errores y ser capaces de anticiparlos^{1,4}. Del mismo modo, una cultura positiva implica poner en marcha diferentes estrategias, relacionadas entre sí y con un objetivo en común: que el paciente sea el centro de los cuidados⁶.

Una de las estrategias para mejorar la cultura de seguridad son las rondas de seguridad clínica, que tienen su origen en Estados Unidos en el año 2000⁷.

La idea de rondas de seguridad surgió en el Instituto para la Mejora de la Atención Médica. El concepto se concretó después de que el instituto reuniera a un grupo de expertos y organizaciones y les hiciera imaginar un sistema de cuidado basado en la

medicación ideal, un sistema que llevara a menos eventos adversos con medicamentos, disminuyera el daño a los pacientes y que funcionara mejor en un futuro que el que existía en ese momento. El nuevo sistema debería incluir los pasos desde la pauta de medicación médica hasta su administración y el uso adecuado, eficaz y eficiente de la tecnología. La creación de este sistema debería incorporar tanto detalles prácticos del sistema de envío, como actitudes apropiadas por parte de los gerentes y de los profesionales sanitarios. De esta manera nació el concepto de rondas de seguridad clínica⁷.

Las rondas son una herramienta para conectar a la alta dirección de los hospitales con la seguridad del paciente y para inculcar los conceptos de seguridad en el sistema de cuidado⁷. Del mismo modo, esta herramienta permite identificar riesgos y áreas de problemas de seguridad y resolver problemas sistémicos⁸. Por otro lado, se obtiene cierta información que es analizada y sirve para guiar los cambios basados en un ciclo: información - análisis - acción – *feedback* ⁷.

Para poder llevar a cabo estas acciones las rondas de seguridad clínica tienen los siguientes objetivos: aumentar la conciencia sobre cuestiones de seguridad del paciente en todo el personal; demostrar que la seguridad del paciente es una prioridad para la gerencia; educar al personal y reforzar los conceptos de seguridad; y adquirir y actuar en base a la información obtenida sobre problemas y temas de seguridad ^{8,9}.

En un principio, las rondas estaban formadas por un equipo de expertos en investigación de error médico, un miembro de la alta dirección de la seguridad del paciente y técnico de investigación. Posteriormente, se añadieron: la presidencia, dirección de operaciones, dirección médica y dirección de enfermería^{7,9}. El diseño está basado en realizar preguntas específicas sobre eventos adversos o casi errores y sobre factores o sistemas que pueden conllevar a estos^{7,10}. La frecuencia con la que se llevan a cabo es de una hora por semana en diferentes áreas del hospital⁷.

Paralelamente, y no menos importante, se investiga para poder medir el nivel de conocimiento de cultura de seguridad, en el 2004, la *Agency for Healthcare Research and Quality* puso a disposición de la comunidad sanitaria el cuestionario *Hospital Survey Patient on Safety Culture* juntamente con su validez y fiabilidad, que llevó a que fuese aceptado e implementado en distintos países^{3,6}.

Actualmente las rondas de seguridad han sido implementadas en diferentes países del mundo, teniendo como resultado un impacto positivo en estas organizaciones. Genera beneficios en las creencias de los gerentes y en las actividades desarrolladas para resolver los problemas, ya que aumentan la conciencia y conocimientos sobre los términos de seguridad del paciente^{3,10,11}. Del mismo modo, las rondas permiten identificar y eliminar riesgos de la seguridad del paciente y mejorar la eficiencia del hospital. Por otro lado, los profesionales sanitarios que participan están más dispuestos y abiertos a los términos de seguridad del paciente, se sienten más reconocidos y disminuye el nivel de estrés^{8,11}. Otro de los beneficios es que las rondas permiten identificar problemas que no se pueden detectar en los sistemas de notificación de incidentes, por lo que permiten descubrir elementos significativos que de otra manera quedarían sin resolver¹¹.

Por todo lo mencionado, es el motivo por el cual decidí realizar una revisión de la literatura sobre las rondas de seguridad clínica y su impacto en la cultura de seguridad del paciente. No solo deseaba conocer más sobre las rondas de seguridad y la cultura de seguridad, sino también saber qué relación existe entre ambos términos tanto en la teoría como en la práctica. Quería saber más acerca de su implementación y cómo afecta a los involucrados, si es una herramienta que se puede seguir mejorando a lo largo de tiempo y conocer cómo se puede medir el cumplimiento de sus objetivos.

Objetivos

Objetivo general

Conocer el impacto de la implementación de rondas de seguridad clínica en la cultura de seguridad del paciente.

Objetivos específicos

- Describir en qué consisten las rondas de seguridad.
- Explorar la implantación de las rondas de seguridad en las organizaciones sanitarias.
- Profundizar en el concepto de cultura de seguridad del paciente.
- Revisar instrumentos utilizados para la medición de la cultura de seguridad del paciente.

Metodología

Para poder responder a los objetivos planteados, se identificaron palabras claves que posteriormente se utilizarían para establecer la estrategia de búsqueda. Estas palabras claves fueron las siguientes: “Walkrounds”, “Walk rounds”, “Safety culture” y “Patient safety”. Estos conceptos surgen con la finalidad de responder cada uno de los objetivos planteados, por lo que se combinaron con los operadores booleanos *AND* y *OR* para poder obtener una estrategia más adecuada (Tabla 1).

Tabla 1: Estrategia de búsqueda.

	Palabras clave
1	Walkrounds
2	Walk rounds
3	1 OR 2
4	Safety Culture
5	Patient safety
6	4 AND 5
8	3 AND 6
	((Walkrounds) OR Walk rounds)) AND ((Patient safety) AND Safety Culture)

La búsqueda fue aplicada en dos bases de datos: Pubmed (Tabla 2) y CINHAHL (Tabla 3) siguiendo la estrategia de búsqueda mencionada con anterioridad. Por último, se realizó la suma de artículos de las bases de datos (Tabla 4).

Tabla 2: Estrategia de búsqueda aplicada en Pubmed y número de artículos correspondiente.

	Palabras clave	Números de artículo
1	Walkrounds	33
2	Walk rounds	140

3	1 OR 2	172
4	Safety Culture	95.927
5	Patient safety	145.051
6	4 AND 5	35.003
8	3 AND 6	51
(((Walkrounds) OR Walk rounds)) AND ((Patient safety) AND Safety Culture)		

Tabla 3: Estrategia de búsqueda aplicada en CINAHL y número de artículos correspondiente.

	Palabras clave	Números de artículo
1	Walkrounds	30
2	Walk rounds	30
3	1 OR 2	61
4	Safety Culture	14.034
5	Patient safety	73.446
6	4 AND 5	2.612
8	3 AND 6	21
(((Walkrounds) OR Walk rounds)) AND ((Patient safety) AND Safety Culture)		

Tabla 4: Resultado de artículos final de artículos en las dos bases de datos.

Base de datos	Artículos	Total
Pubmed	51	72
CINHAL	21	

La estrategia de búsqueda se inició el día 22 de octubre del 2019 y concluyó el 8 de diciembre del 2019. El seguimiento del trabajo quedó reflejado en el cronograma (Anexo 1).

Estrategia de selección de artículos

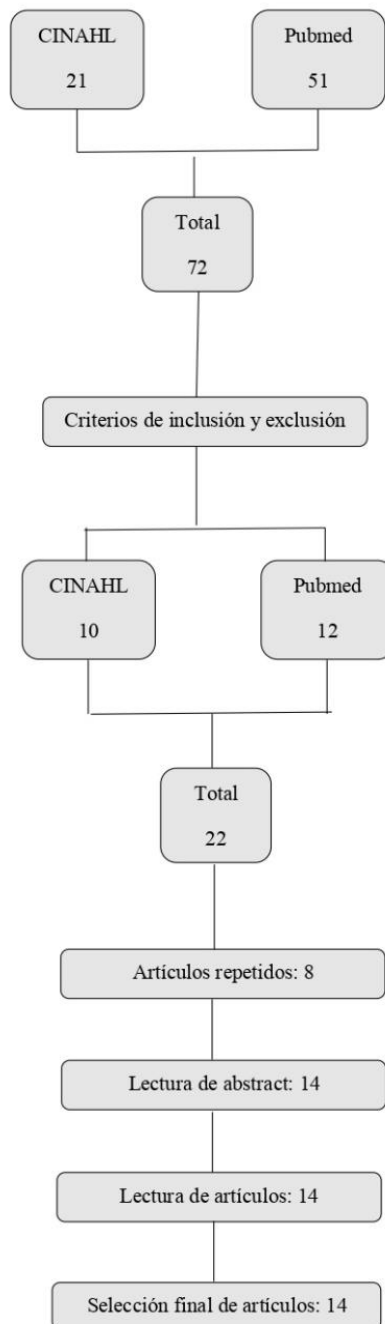
Una vez terminada la búsqueda en las bases de datos y obteniendo 72 artículos como resultado, se aplicaron los siguientes filtros en cada búsqueda: idioma fuera castellano, inglés y catalán, los últimos 5 años (2014 - 2019). Seguidamente se descartaron artículos mediante los criterios de inclusión y exclusión de la Tabla 5.

Tabla 5: Criterios de inclusión y exclusión de artículos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículo científico	Ámbito de atención primaria
Fecha de publicación entre 2014 y 2019, ambos incluidos	Fecha de publicación antes del 2014
Ámbito hospitalario y sociosanitario	Rondas de seguridad que incluyan familia y pacientes
Rondas de seguridad que incluyan, principalmente, profesionales sanitarios	
Idioma sea castellano, inglés y catalán	

Después de aplicar los filtros y los criterios de inclusión y exclusión se obtiene un total de 22 artículos. De esta cifra se eliminan los duplicados dando como resultado 14 artículos. A continuación, se leyó el *abstract* de cada uno de ellos, y posteriormente se realizó una lectura completa de cada uno de ellos que concluyó con la selección de todos los artículos (Figura 1).

Figura 1: Algoritmo de selección de artículos.



Fuente: Elaboración propia

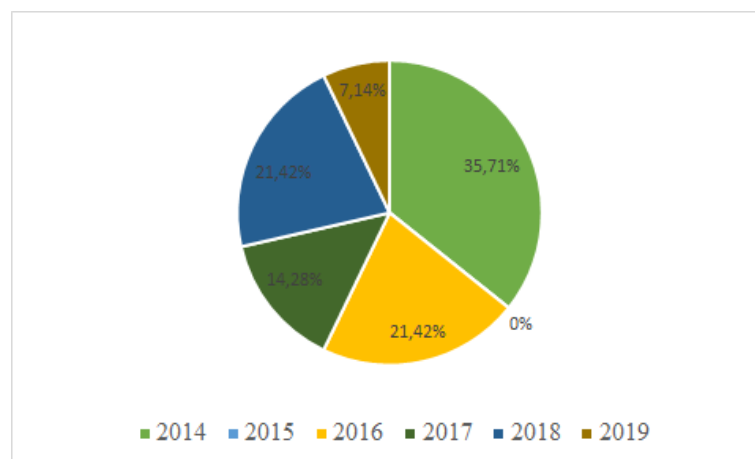
Resultados

Resultados bibliométricos

De los 14 artículos seleccionados, la mayoría fueron publicados en 2014 (35,71%) con un total de cinco artículos, seguido por los años 2016 y 2018 (21,42%) con tres artículos cada uno, continuado por el año 2017 con dos artículos, y, por último, el año 2019 que consta de un artículo. Ninguno de los artículos seleccionados fue publicado en el año 2015.

En la Figura 2 se puede observar de manera gráfica el porcentaje de los artículos según año de publicación.

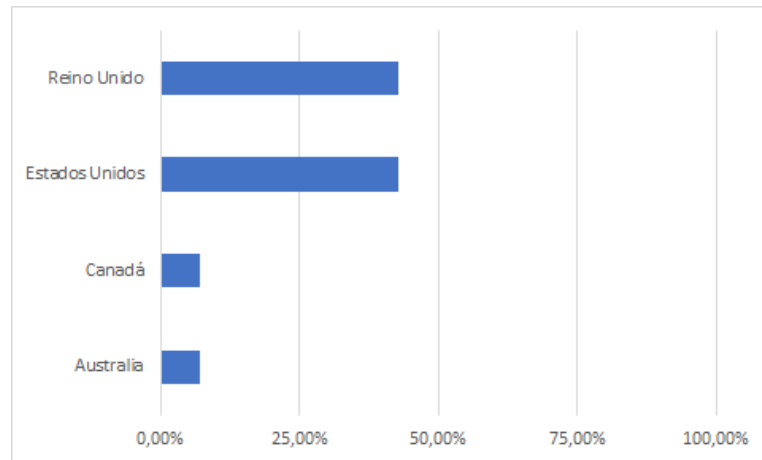
Figura 2: Porcentaje de artículos según año de publicación.



Fuente: Elaboración propia

Tal y como muestra la Figura 3, los países en donde más se publicaron los artículos seleccionados son Reino Unido y Estados Unidos con un 42,85% (6 artículos) cada uno, seguidos por Australia y Canadá con un 7,14% (1 artículo) por cada país.

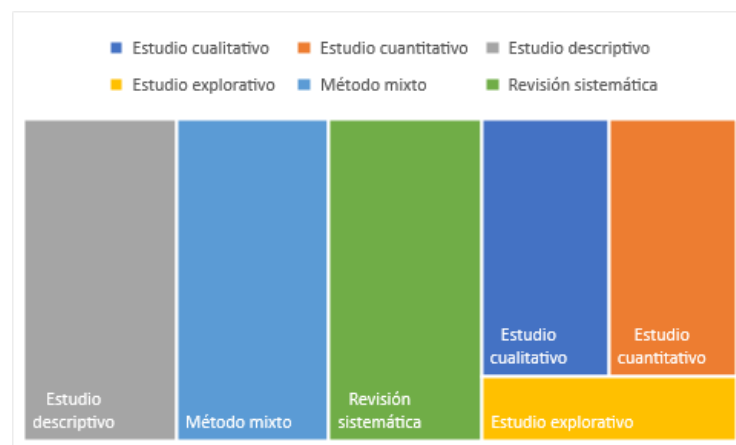
Figura 3: Porcentaje de artículos según país de publicación.



Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta al tipo de estudio, la revisión sistemática, método mixto y estudio descriptivo cuentan con un 21,42% (3 artículos) cada uno, seguidos de estudios cualitativos y cuantitativos con 14,28% (2 artículos) por cada tipo de estudio, y finalmente, un estudio explorativo representado con el 7,14% (1 artículo). En la Figura 4 se puede observar su proporción gráfica.

Figura 4: Porcentaje de artículos según tipo de estudio.



Fuente: Elaboración propia

Consideraciones éticas

Debido a la tipología de este trabajo, no se ha considerado necesaria la realización de ningún consentimiento informado, ya que toda la información ha sido extraída de artículos ya publicados por otros autores y que previamente han sido revisados por un comité de ética.

Por otro lado, cabe destacar, que el trabajo se realizó mediante las normas de presentación con las normas de citación y referenciación de Vancouver, por lo que se ha evitado el plagio de otros textos durante la redacción del trabajo.

Se declara no tener ningún conflicto de interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados de la revisión de la literatura sobre el impacto de las rondas de seguridad clínica en la seguridad del paciente.

Los temas principales que se van a tratar son: impacto positivo de las RSC (rondas de seguridad clínica) en la CS (cultura de seguridad), las RSC como parte de otras intervenciones de mejora de la CS, la relación entre los gerentes y profesionales de primera línea y el *feedback* posterior a las RSC.

El impacto positivo de las RSC

En el estudio de Ane Sofie et al titulado “Effectiveness of Patient Safety Leadership Walk RoundsTM on patient safety culture: A systematic review protocol” se describe un impacto positivo de las RSC en la SP (seguridad del paciente). Este impacto se ve reflejado en el aumento de los conocimientos sobre los PS (problemas de seguridad) entre la alta dirección y los profesionales de primera línea, y en la disposición de ambas partes para hablar sobre el tema. El artículo también relaciona la CSP (cultura de seguridad del paciente) con una reducción en la mortalidad, menos ingresos en la UCI (unidad de cuidados intensivos) y menos UPP (úlceras por presión). Altos niveles de CS están vinculados con una mejor experiencia y satisfacción del paciente, y menos efectos adversos en hospitales.

Del mismo modo, en el estudio “Improving Patient Safety Culture in Nursing Home Through WalkRounds” de Laura M Wagner, se explica los conceptos de CSP y las RSC, y la relación entre estos. La autora explica que las RSC pueden mejorar la CSP, mediante la realización de preguntas abiertas y cerradas durante las rondas. Este hecho da como resultado la mejora de la relación entre la dirección y profesionales de primera línea. Como consecuencia de esta mejora, aumenta el reconocimiento de urgencia con respecto a señales de alerta y situaciones y prácticas inseguras en ambas partes interesadas. Por lo tanto, Laura M Wagner sugiere la implementación de las rondas, pero teniendo en cuenta las necesidades de cultura en cada centro.

Continuando con el tema del impacto positivo de las RSC, el artículo “Patient safety walkrounds; 5 years of experience in a developing country” de Mohammad Saadati et al, explica que las RSC brindan la oportunidad de identificar y resolver PS en los hospitales. Al mismo tiempo, la participación de miembros de la dirección y su apoyo e innovaciones del personal se reforzaron a través de las RSC. La implementación de las rondas permitió crear una confianza mutua entre la alta dirección y profesionales sanitarios, promoviendo el trabajo en equipo, soporte de ideas y actividades de primera línea apoyada por gerentes, y estrategias de gerentes apoyadas por el personal. Después de la realización de las rondas, se identificaron problemas de los cuales, el 75% se pudo resolver mediante la implementación de intervenciones correctivas.

Siguiendo con el tema, pero desde un punto de vista distinto Graham Martin et al en su estudio llamado “Walkrounds in practice: Corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study” explican el impacto de las RSC en el sistema nacional de salud británico. En los hallazgos de este estudio destaca cómo los ajustes locales y pragmáticos al enfoque de que las RSC podrían alterar radicalmente su carácter y la forma en que las reciben los profesionales de primera línea. La modificación y expansión de las RSC para aumentar el alcance del conocimiento producido podría incrementar el valor de los objetivos de las rondas, como una forma de vigilancia que podría alinear al personal de primera línea y producir percepciones equívocas. Por lo tanto, el estudio sugiere algunas explicaciones posibles para la evidencia mixta de la eficacia de las RSC en la creación de una CS. En un nivel práctico, señalan preguntas críticas que la dirección debe

hacerse al practicar intervenciones de esta naturaleza para asegurar que las adaptaciones se alineen en lugar de entrar en conflicto con el modelo de cambio de la intervención.

Las RSC forman parte de otras intervenciones para mejorar la CSP

En el año 2019, Mirelle Hanskamp et al publicaron “Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed – method evaluation (part1)” en donde de explicaban distintas estrategias de mejora de la CS, dentro de las cuales se encuentran las RSC. Para evaluar si existía mejoría en la SP como consecuencia de la implementación de las RSC, los profesionales debían completar un formulario antes y después de las rondas. Gracias a este formulario se demostró que la información clínica con respecto a la CSP mejoró significativamente.

Otro artículo titulado “Improving Patient Safety Culture: A Report of a Multifaceted Intervention” de Tom Basso et al, las RSC forman parte de otras intervenciones. Las principales para mejorar la CSP son las siguientes: rondas de seguridad clínica, revisión y *feedback* de datos de la cultura de seguridad de los líderes y el personal de primera línea, programas educativos estructurales y programas basados en unidades para la SP. El apartado de resultados que enfatiza las RSC, nos explica que las rondas se realizaron de manera mensual en distintas áreas del hospital en donde el director de la ronda observaba el cuidado que se da y discute con los profesionales asistenciales las preocupaciones y mejoras que se deberían hacer con respecto a la SP. Otra forma de comprobar la mejora de cultura es que los miembros de la dirección se centran en el liderazgo que muestra apoyo a un CS, acogiendo informes de PS que debían abordarse sin culpa y luego siendo desafiados a comprometerse a acciones para mejorar la CS. Como resultado, se ve reflejado el aumento del deseo de mejor de CS motivado por *feedback* del personal de primera línea. Por lo tanto, las RSC son una parte fundamental a la hora de mejorar la CSP.

El tercer estudio es de Sallie J Weaver et al realizando una revisión sistemática llamada “Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy”. Uno de los temas abordados en esta revisión son las RSC como una estrategia de intervención que mejora la organización de dirección directamente con los profesionales de primera línea. La dirección visita las áreas de cuidado de los pacientes con el objetivo de observar y hablar sobre actuales o posibles amenazas hacia la SP y apoyar a los profesionales sanitarios en

la mejora de estas amenazas. Dando como resultado que la implementación de las RSC reporta una mejora en la percepción del personal acerca de CSP, teniendo en cuenta que no todas las rondas tienen un formato estructurado y los intervalos de tiempo entre estudios varían.

Por último, el artículo “The evolving literature on safety WalkRounds: Emerging themes and practical messages” de Sara J Singer y Anita L Tucker, es una revisión de la literatura donde las RSC forman parte de otras intervenciones para mejorar la CSP. Uno de los aspectos importantes sobre las rondas, es que diversos estudios encuentran que una mayor seguridad se correlaciona con un mejor rendimiento. Otro aspecto que la investigación demuestra es que los altos directivos juegan un papel crítico en la creación, el cambio y el sostenimiento de la CS. Las palabras de la dirección y los hechos reciben una gran atención e influyen en gran medida cómo los trabajadores de primera línea y los mandos intermedios perciben lo que su organización valora y premia. Las RSC alientan a la gerencia a observar operaciones clínicas, comprometerse con el personal para comprender sus preocupaciones y asociarse con trabajadores y otros gerentes para superar obstáculos. Del mismo modo, ofrecen oportunidades para solucionar problemas específicos identificando, pero también mejorando la CS en general, construyendo confianza, comprensión y responsabilidad por la seguridad de los niveles superiores e inferiores de la jerarquía organizativa. Otro de los temas que más se mencionan, es que uno de los problemas más frecuentes identificado por las rondas es: la infraestructura, ya que plantea riesgos de la seguridad y disminuye la eficiencia del personal, pero puede ser resuelta fácilmente. El artículo también resalta la relación entre las partes interesadas: gerencia y profesionales sanitarios de primera línea. Esta relación permite que la gerencia pueda identificar preocupaciones significativas sobre la seguridad y demostrar que la seguridad es la prioridad. Además, a los profesionales sanitarios, les permite sentirse más dispuestos a ser abiertos con respecto a los PS, sentirse reconocidos y experimentar una mejora moral.

Para terminar, el artículo de Loes Van Dusseldorp et al “Patient Safety Policy in Long – Term Care: A research Protocol to Assess Executive WalkRounds to Improve Management of Early Warning Signs for Patient Safety” a pesar de no presentar resultados, pienso que es interesante mencionarlo ya que nos describe la metodología de

las RSC siendo similar a los demás estudios: aplicar las RSC en un centro con un guion, duración y frecuencia determinada. Esto permitirá que en un futuro se puede evaluar la eficacia de las RSC en la CSP y en este caso, agregando el término de las señales suaves. Además, nos explica las diferentes fases sobre la implementación de las rondas: modificar el concepto original; desarrollar un guion estándar; e introducir la intervención.

La relación entre alta gerencia y profesionales sanitarios

En el artículo de Loes Van Dusseldorp et al titulado “Feasibility and Added Value of Executive WalkRounds in Long Term Care Organization in the Netherlands” los temas principales son la relación entre las partes interesadas y las señales suaves. Una relación profesional fuerte entre los miembros de la junta, es decir, la gerencia y los profesionales de primera línea es importante ya que preconditionan la SP. Esta relación debe estar basada en la confianza mutua para permitir a los miembros de la junta detectar las señales suaves. Las señales suaves son aviso tempranos importantes de riesgo potencial, por lo que son valiosas para mejorar la SP y se pueden utilizar por la junta, además de los sistemas actuales de gestión de la calidad. El diálogo entre la junta directiva y el personal asistencial fue esencial para adquirir una cultura colectiva de SP. Por lo tanto, las RSC se consideran útiles y factibles para detectar señales suaves, ya que aumentaron el sentido de urgencia y la conciencia y actividades de seguridad por parte del personal.

Siguiendo con el tema de la relación entre profesionales, el estudio “‘I think we should just listen and get out’: A qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds” de Leahora Torreau et al, a pesar de las diferencias estructurales de las RSC los líderes de los programas informaron de actitudes y comportamiento que contradicen los objetivos establecidos y principios de las rondas. La gerencia tendía a considerar la visibilidad ejecutiva como un fin en sí misma y, en general, no se relacionó con el personal las preocupaciones más allá de las RSC. Algunos gerentes creyeron entender mejor los PS que los profesionales sanitarios e incluso caracterizaron las preocupaciones de los profesionales, y cito, como “estúpidas”. Además, los líderes de las rondas reconocieron que ellos a menudo controlaban las conversaciones, delimitando lo que contaba como PS del paciente y, a veces, las dirigían a temas predeterminados. Algunos profesionales de primera línea se dieron cuenta de esto y lo mencionaron en las entrevistas posteriores a la implantación de las RSC.

El estudio encontró que las RSC pueden conducir a actitudes contraproducentes de los líderes en desacuerdo con los objetivos de las rondas. Los resultados nos indican que el patrón de la gerencia se puede repetir en otras rondas, por lo que mejor preparación de los líderes antes las rondas pueden ayudar a evitar actitudes y dinámicas contraproducentes.

El *feedback* posterior a las RSC

Uno de los artículos en destacar el *feedback* después de las rondas, es el de Bryan Sexton et al llamado “Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout”, en donde los autores nos explican que el *feedback* está relacionado con un mejor enfoque de la SP y menos desgaste del personal. Este estudio resalta el proporcionar *feedback* a los profesionales de primera línea ya que es esencial para mantener el impulso y generar confianza en la capacidad de la gerencia. La medición del impacto de las RSC en la CSP se llevó a cabo mediante dos cuestionarios: *safety attitudes questionnaire* (SAQ) y *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Más *feedback* se asoció con un mejor clima de seguridad, mejor clima de trabajo en equipo, mejores percepciones generales de seguridad y más comunicación de errores. Este método ayuda a reducir los riesgos de SP por parte del personal, y permite a los investigadores explorar la eficacia de las frecuencias, formatos, duraciones e incluso objetivos de las RSC.

J Bryan Sexton et al en su estudio titulado “Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout” nos explican que la implementación del *feedback* tiene un papel importante a la hora de implementar las RSC. Los entornos que informaron haber tenido RSC con *feedback* tuvieron puntajes más altos con respecto al dominio de la CSP en el cuestionario. La investigación, más que simplemente medir las RSC y examinarlas, llegó a la conclusión que las rondas posteriores al *feedback* tiene mejor resultado que sin darlo. A pesar de esta conclusión, los autores desconocen si las RSC con *feedback* son una manifestación de normas o la causa de ellas, pero el vínculo es demostrable. Los lugares de trabajo con tasas más altas de RSC con *feedback*, también tienen valores más altos en participación, toma de decisiones y crecimiento de oportunidades. Esto

sugiere que las rondas con *feedback* involucran al personal de primera línea y los centran en la mejora de calidad.

La autora Sara J Singer en su artículo “Successfully implementing Safety WalkRounds: Secret sauce more than a magical bullet” resalta la importancia del *feedback* posterior a las RSC. En el estudio se explica que el *feedback* después de las rondas se asocia a una mejor cultura del paciente, mayor compromiso de empleados y menos agotamiento. El *feedback* es clave para esta estrategia de mejora, ya que es un simple marcador de rondas bien ejecutadas que le dan un indicador de alta calidad. La autora nos da a conocer 3 características para unas RSC efectivas. La primera es tener actitud y acciones de líderes, es decir, que la gerencia debe mostrar de manera pública un apoyo claro y auténtico para los objetivos de las rondas. La segunda característica, es que las actitudes y acciones de los gerentes deben ser institucionalizados a través de una infraestructura de gestión de proyecto y resolución de problemas. Por último, es que las rondas deben manejarse con conciencia de factores sociales y contextuales reconociendo las limitaciones de atención de la organización y prioridades competitivas.

Discusión

En primer lugar, quiero concentrarme en la propia **metodología** de las rondas, en el que resalta la implementación, la frecuencia y la duración.

Al ser una intervención en sí, las RSC deben seguir un proceso de implementación: modificar concepto original, desarrollar guion estándar e introducir la intervención. Del mismo modo se debe establecer su duración y frecuencia¹². Los estudios varían con respecto a la frecuencia con la que se debe realizar: semanal^{12, 13}, mensual^{12, 14}, el *feedback* ayuda a determinarla¹⁴, y, por último, la frecuencia depende del tipo y volumen del hospital¹⁵.

En mi opinión, para poder determinar la frecuencia con la que se deben hacer las RSC debemos tener en cuenta las diferentes opciones mencionadas con anterioridad. Se podría empezar de manera semanal y a partir de los resultados continuar de la misma manera o cambiar. Por lo tanto, el *feedback* ayudaría a determinarla, pero teniendo en cuenta desde el principio el tipo y volumen del hospital.

La duración de las rondas también varía entre 30 y 60 minutos^{12, 16}, dependiendo del estudio. Desde mi punto de vista, se podría determinar la duración teniendo en cuenta lo que se quiere abordar en cada ronda; los temas deseados; el tamaño del grupo, y la unidad en la que se realiza.

En segundo lugar, en esta parte de la discusión, quiero destacar hallazgos encontrados en los resultados como son las **señales suaves**, el *feedback* posterior y la **infraestructura**. Uno de los temas interesantes de las rondas, es el de las señales suaves. Las señales suaves entendidas como avisos tempranos importantes de un riesgo potencial¹⁶, permiten complementar la información de las RSC y parecen herramientas útiles para los miembros de las juntas¹². No solo completan las RSC, sino que las rondas son un método factible para detectarlas^{12, 16}. Consecuentemente, se aumenta el sentido de urgencia en la gerencia y los profesionales de primera línea, ampliando la conciencia y actividad de seguridad¹⁶. Del mismo modo el *feedback* es necesario para promover una CS⁵. Más *feedback* posterior a las RSC está asociados a una mejor CSP y menos desgaste del personal^{14, 17, 18}. Esta asociación es importante dada su alta prevalencia en el campo

asistencial, su asociación con los malos resultados de salud para los cuidadores y pacientes, y la escasez de intervenciones para reducirlo¹⁴.

Los autores Sara Singer y Bryan Sexton et al coinciden en que las áreas con las tasas más altas de RSC con *feedback* tienen valores altos en participación, toma de decisiones y crecimiento oportunidades, sugiriendo que las RSC con *feedback* involucran al personal de primera línea y mejora de calidad^{17, 18}.

Por consiguiente, dar *feedback* es esencial para mantener el impulso y generar confianza en la capacidad colectiva de encontrar, arreglar e informar las soluciones a los problemas de SP de la gerencia^{14, 17}. Además, los autores Bryan Sexton et al consideran que cuando los líderes no entrenados intentan hacer RSC, pueden encontrar problemas, por no abordarlos o no dar *feedback* del progreso realizado¹⁷.

El uso del método *feedback* puede ayudar a los investigadores a explorar la eficacia de varias frecuencias, formatos, duraciones e incluso objetivos generales para usar RSC¹⁴. La comunicación, por parte del personal, de haber recibido *feedback*, lo posiciona como una herramienta en sí misma para evaluar el impacto de las rondas^{17, 19}.

Por lo tanto, el uso del *feedback* es un indicador de alta calidad¹⁸. Desde mi punto de vista, este método ayuda, no solo a los profesionales de primera línea, ya que se les comunica las actividades y conclusiones a las que se llega; sino también a la gerencia, apoyando su papel en las rondas; y a los investigadores, para modificar el diseño. Del mismo modo, el *feedback* ayuda a aumentar el conocimiento sobre la SP que a su vez demuestra la eficacia de la implementación de las RSC.

Por otro lado, el *feedback* es una estrategia que apoya esta herramienta no punitiva. Varios estudios demostraron que el dar *feedback* genera confianza en la capacidad colectiva de encontrar, arreglar e informar las soluciones a los problemas de SP por parte de la gerencia¹⁷. Al mismo tiempo, el *feedback* se asoció con una mejor del clima de seguridad, laboral y de la comunicación de errores¹⁴.

También a considerar, según Sara Singer, Anita Tucker y Leahora Rotteau et al, que la infraestructura es uno de los problemas más frecuentes identificados a través de RSC, que plantean riesgos de seguridad y disminuyen la eficiencia del personal, pero pueden ser resueltas fácilmente^{20, 21}.

Es comprensible que sea uno de los temas identificados, ya que la infraestructura forma parte del área de trabajo de los profesionales y está directamente relacionado con los

pacientes. Según mi punto de vista, para poder resolver este tipo de situaciones se debe tener en cuenta el impacto económico en el centro asistencial, y su eficacia y eficiencia. Por lo tanto, no es una situación de fácil resolución, ya que involucra a distintos departamentos del hospital, y es un proceso de acción lento. Así que es comprensible, aunque los profesionales de primera línea desean hablar sobre ello, pero que la gerencia desvíe la conversación.

En tercer lugar, en esta parte del trabajo, quiero centrarme en las **limitaciones** de esta herramienta.

Como todas las estrategias de mejora, las rondas de seguridad tienen ciertos límites. Uno de estos es que identifican muy bien los problemas relacionados con la infraestructura, pero los temas relacionados con la comunicación pasan casi siempre desapercibidos. Al mismo tiempo, existe el riesgo que la gerencia quiera centrarse en los errores asistenciales y no hablar sobre la infraestructura, ya que esta implica recursos financieros. Como consecuencia, la gerencia tiende a no preocuparse de cuestiones que para los profesionales de primera línea son importantes, creando así un ambiente de frustración y empeoramiento del clima de seguridad, de manera que pueda influenciar negativamente en la atención al paciente²¹.

Personalmente, este es un hecho que se debe tener en cuenta a la hora de evaluar la efectividad de las RSC. Por lo que, en futuros estudios, se puede realizar una serie de preguntas a ambas partes involucradas, la gerencia y profesionales asistenciales, sobre los temas que se hablaron; los que se intentaron hablar, si se desviaba el tema; y los que les hubiera gustado abordar y no lo hicieron.

Otra limitación es la variedad de diseño en cada organización¹⁷. A la hora de incluir personal sanitario, hay estudios que recomiendan que se enfoquen solamente en el personal clínico para disminuir la variedad de respuestas en los cuestionarios¹⁹. En cambio, otros autores como Leahora Rotteau et al y Loes Van Dusseldorp et al identifican la diversidad de participación y la pequeña muestra de estudio como una limitación^{12, 16, 20}. Haciendo referencia a que intentando incluir el mayor número de personal, existe la dificultad de compatibilidad de franja horaria^{14, 16, 21}.

Por otro lado, a la hora de comparar RSC, se debe tener en cuenta que varían la frecuencia y el área de visitada en casa hospital. Del mismo modo, que, dependiendo del centro asistencial, se tiene un registro más o menos detallado de las rondas¹⁴.

Desde mi punto de vista, esta diversidad se debe tener en cuenta en cada organización. Parece complicado que, a nivel internacional, las rondas se hagan del mismo modo, pero se podría pautar ciertos aspectos por regiones o por el tipo de sistema sanitario del país para disminuir la variedad. Como, por ejemplo, evaluar su frecuencia, como se ha mencionado con anterioridad, para adecuarse al centro; permitir y alentar la participación de diversos profesionales para poder aumentar el tamaño de la muestra y obtener más resultados. Además de así poder hacer *benchmarking*.

Por último, se encuentra el **impacto** de las RSC en la CS y la **relación** entre la gerencia y los profesionales de primera línea.

Con respecto al impacto positivo de las RSC en la CS los estudios coinciden en que sí existe este tipo de impacto. La implantación de las rondas permitió aumentar el conocimiento sobre los PS posibilitando la identificación y resolución de estos^{13, 22}, incrementar el reconocimiento de urgencia en señales de alerta y situaciones en la práctica¹⁵, y su modificación y expansión permite aumentar el alcance del conocimiento con respecto a los objetivos de las rondas²³. Los altos niveles de CS se vinculan con una mejor experiencia y satisfacción del paciente y menos eventos adversos en hospitales por lo que existe una reducción en la mortalidad, menos ingresos en la UCI y menos UPP¹³. Las RSC permiten conocer la SP en las áreas de los profesionales asistenciales, pero del mismo modo este “acto de vigilancia” por parte de la gerencia, podría llevar a ideas engañosas sobre cuestiones de calidad, seguridad y comportamiento de los profesionales²³. Considero que este hecho es importante y se debería tener en cuenta a la hora de la evaluación de las rondas. Independientemente, que se quiera actuar lo más normal y correcto posible en las RSC, inconscientemente se realizan acciones que, si la gerencia no estuviera presente se harían de otra manera. Esto no quiere decir que se haga incorrectamente, sino distinta.

Por esto, los miembros de la junta deben recordar que las rondas son imperfectas, pueden llegar a ser un enfoque parcial de los retos de calidad y seguridad, y la oportunidad de demostrar compromiso al aprendizaje y mejora²³.

Las RSC permiten a los hospitales identificar y eliminar peligros, y mejorar la eficiencia. También, permite a la gerencia demostrar que la seguridad es una prioridad. Los trabajadores de primera línea que participan sentirse más dispuestos a ser abiertos sobre los problemas de SP y reconocidos, y experimenten una mejora moral^{16, 21}.

La gerencia visita las áreas de cuidado de los pacientes con el objetivo de observar y hablar sobre actuales o posibles amenazas hacia la SP y apoyar a los profesionales sanitarios en la mejora de estas amenazas⁵. Al mismo tiempo, ofrecen oportunidades para solucionar problemas específicos identificados, pero también para mejorar la CS en general construyendo confianza, comprensión y responsabilidad por la seguridad^{21, 23}. El hecho de que la gerencia visita las áreas demuestra el compromiso por la SP²⁰.

Por el contrario, varios autores coinciden con el hecho de que la gerencia cree que entiende mejor los problemas de SP que el personal de primera línea, por lo que controla y restringe conversaciones durante rondas para evitar temas que no quieren discutir. Los trabajadores de primera línea se frustran con ellos, sienten que el programa produce ideas falibles y responde con escepticismo y cinismo^{20, 21}.

Por otra parte, una CSP bien establecida y un equipo funcional de atención al paciente son cruciales para proporcionar una atención segura²⁴. La CS desalienta a culpar a personas cuando se producen daños y alienta a los trabajadores a informar de errores y utilizar informes para evitar que ocurran en el futuro¹⁹. Las RSC permiten identificar estos errores^{13, 22} y a los líderes de las rondas, proporcionar confianza para hablar sobre los temas de seguridad^{12, 13}. Las rondas son una herramienta que concientiza a los profesionales de primera línea, que la comunicación de errores no se compensará con castigo.

Conclusiones

Tras haber realizado la revisión de la literatura, se pueden extraer las siguientes conclusiones en respuesta a los objetivos planteados al inicio del trabajo:

- 1) Las RSC son una herramienta útil y eficaz para mejorar la CSP.
- 2) Las RSC conectan a la gerencia y los profesionales de primera línea creando espacios formales y cómodos para dialogar; aumentan los conocimientos sobre SP en ambas partes involucradas; y ayudan a identificar riesgos y amenazas potenciales en el cuidado del paciente.
- 3) La CSP se relaciona con mejores resultados en la disminución de Eventos Adversos.
- 4) Existen instrumentos para poder medir la CSP, como por ejemplo los mencionados en el trabajo: SAQ o HSOPSC.
- 5) La CSP es local y ésta varía según la disciplina profesional, área de trabajo, tipo de organización, etc.
- 6) El diseño y metodología de las RSC es diverso en función de la organización dónde se implementa, en aspectos como la frecuencia, la duración, los temas a tratar.
- 7) Se relaciona el *feedback* y las señales suaves como objetos para una mejor implementación de las RSC.

Reflexión personal

Este trabajo me ha dado la oportunidad de conocer otra competencia enfermera. Aunque su relación con la enfermería no es tan directa, las rondas de seguridad clínica nos involucran aún más en un equipo interdisciplinar para mejorar el cuidado del paciente y su seguridad.

Gracias a esta revisión, he aprendido que existe diferentes herramientas para mejorar la calidad del cuidado que muchas veces desconocemos. Del mismo modo, he podido mejorar y reflexionar sobre la gestión del tiempo, la redacción de ideas y el análisis de artículos.

Como futura enfermera, siento que debo involucrarme más en distintas maneras de mejorar el cuidado de los pacientes e investigar más por cuenta propia para aportar conocimientos a mi lugar de trabajo.

En la situación que nos encontramos actualmente, con el coronavirus (COVID-19), el papel de la enfermera ha tomado la relevancia que se merece frente a todo el mundo. Este hecho me hace sentirme orgullosa de mi profesión y motivada por empezar a trabajar como tal.

Por último, quiero dar gracias por su apoyo a Ramón, mi tutor, por su paciencia y guía en la realización de este trabajo, por sus comentarios en las tutorías que me hacían seguir motivada y profundizar en aspectos que yo no veía con claridad.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015 - 2020. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2016 p. 13 - 14, 17, 75.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226/9728.
3. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:11–18.
4. Clarke JR, Lerner JC, Marella W. The role for leaders of health care organization in patient safety. *Am J Med Qual*. 2007; 22: 311 – 318.
5. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SD. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann. Intern. Med.* 2013; 158 (5): 369 – 375.
6. Mir Abellán R. El impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente [Doctorado]. Universidad de Barcelona; 2018.
7. Frankel A, Graydon-Baker E, Nepl C, et al. Patient Safety Leadership Walkrounds. *Jt Comm Qual Saf*. 2003;29 (1): 16 – 26.
8. Schwendimann R, Milne J, Frush K, et al. A Closer Look at Associations Between Hospital Leadership Walkrounds and Patient Safety Climate and Risk Reduction: A Cross-Sectional Study. *AJMQ*. 2013;28 (5): 414 – 421.
9. Frankel A, Gandhi TK, Bates DW. Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15 (suppl 1): i31 – i40.
10. Budrevics G, O'Neill C. Changing culture with patient safety walkarounds. *Healthc Q*. 2005; 8: 20 – 25.

11. Ferras L, López A, Vernet A, Roigé T. Les rondes de seguretat (walkrounds): una eina de millora de la cultura de la seguretat del pacient. *Annals de medicina*. 2015; 99 (2): 69 – 74.
12. Van Dusseldorp L, Hamers H, Van Achterberg T, et al. Patient Safety Policy in Long-Term Care: Research Protocol to Assess Executive WalkRounds to Improve Management of Early Warning Signs for Patient Safety. *JMIR Res Protoc*. 2014; 3 (3): e36.
13. Sølvtøfte AS, Larsen P, Laustsen S. Effectiveness of Patient Safety Leadership Walk Rounds™ on patient safety culture: A systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2017; 15 (5): 1306 – 1315.
14. Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, et al. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23: 814 – 822.
15. Wagner LM. Improving the patient safety culture in nursing homes through WalkRounds. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016 ;42 (12): 543 – 544.
16. Van Dusseldorp L, Huisman - de Waal G, Westert G, et al. Feasibility and Added Value of Executive WalkRounds in Long Term Care Organizations in the Netherlands. *Jt Comm J Qual Saf*. 2016; 42 (12): 545 – 554.
17. Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, et al. Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf*. 2017 ;0: 1–10.
18. Singer SJ. Successfully implementing Safety WalkRounds: Secret sauce more than a magic bullet. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27: 255–257.
19. Basson T, Montoya A, Neily J, et al. Improving Patient Safety Culture: A Report of a Multifaceted Intervention. *J Patient Saf*. 2018; 0: 1 – 8.
20. Rotteau L, Shojania KG, Webster F. "I think we should just listen and get out": A qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23: 823 – 829.
21. Singer SJ, Tucker AL. The evolving literature on safety WalkRounds: Emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23: 789 – 800.

22. Saadati M, Nouri M, Rezapour R. Patient safety walkrounds; 5 years of experience in a developing country. *Int J Health Plann Manage.* 2019; 34(2): 773 – 9.
23. Martin G, Ozieranski P, Willars J, Charles K, Minion J, McKee L, et al. Walkrounds in practice: Corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2014; 40 (7): 303 – 10.
24. Hanskamp-Sebregts M, Zegers M, Westert G, et al. Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1). *INT J QUAL HEALTH C.* 2019; 31 (7): 8 – 15.

Anexos

Anexo 1: Cronograma de actividades.

Revisión de la literatura	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Tutoría 1	X						
Recogida de datos		X	X				
Tutoría 2		X					
Esquema búsqueda			X	X			
Selección artículos			X				
Tutoría 3			X				
Redacción objetivos			X	X			
Leer artículos seleccionados			X	X	X		
Resumen de artículos seleccionados			X	X	X		
Tutoría 4				X			
Redacción introducción					X	X	X

Redacción metodología					X		
Redacción resultados bibliométricos					X		
Redacción resultados					X	X	
Redacción discusión						X	X
Tutoría 5						X	
Redacción conclusiones							X
Redacción reflexión personal							X
Revisión general							X
Tutoría 6							X
Redacción de resumen y <i>abstract</i>							X

Anexo 2: Uso de un gestor bibliográfico.

The screenshot shows the Mendeley Desktop application window. The title bar reads "Mendeley Desktop" and the window is maximized. The menu bar includes "File", "Edit", "View", "Tools", and "Help". The toolbar contains icons for "Add", "Folders", "Related", "Sync", and "Help". A search bar is located in the top right corner, and the user's name "María Isabel" is displayed next to it.

The main interface is divided into several sections:

- Left Sidebar:** Contains navigation options such as "All Documents", "Recently Added", "Recently Read", "Favorites", "Needs Review", "My Publications", "Unsorted", "May help", "No TFG", and "TFG". Below these are "Groups" and a "Filter by Authors" section listing various authors.
- Top Section:** Shows the "TFG" (Total Focused Group) tab and an "Edit Settings" button.
- Main Table:** A table displaying a list of bibliographic records. The columns are "Authors", "Title", "Year", "Published In", and "Added".

Authors	Title	Year	Published In	Added
Martin, Graham; Ozieranski, Piotr; Willars, Janet; Charles, ...	Walkrounds in practice: Corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study	2014	Joint Commission Journal on Quali...	ene. 27
Hanskamp-Sebregts, Mirelle; Zegers, Marieke; Westert, G...	Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1).	2019	International Journal for qualit...	03/12/19
Weaver, Sallie J.; Lubomski, Lisa H.; Wilson, Renee F.; Pf...	Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy	2013	Annals of Internal Medicine	03/12/19
Van Dusseldorp, Loes; Hamers, Hub; Van Achterberg, Theo; ...	Patient safety policy in long-term care: A research protocol to assess executive walkrounds to improve management of ear...	2014	Journal of Medical Internet Research	03/12/19
Rotteau, Leahora; Shojania, Kaveh G.; Webster, Fiona	'I think we should just listen and get out': A qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walk...	2014	BMJ Quality and Safety	03/12/19
Sexton, J. Bryan; Sharek, Paul J.; Thomas, Eric J.; Gould, Je...	Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture ...	2014	BMJ Quality and Safety	03/12/19
Wagner, Laura M.	Improving the patient safety culture in nursing homes through WalkRounds	2016	Joint Commission Journal on Quali...	03/12/19
van Dusseldorp, Loes; Huisman -de Waal, Getty; Hamers, H...	Feasibility and Added Value of Executive WalkRounds in Long Term Care Organizations in the Netherlands	2016	Joint Commission Journal on Quali...	03/12/19
Salvatore, Ane Sofie; Larsen, Palle; Laustsen, Sussie	Effectiveness of Patient Safety Leadership Walk Rounds™ on patient safety culture: A systematic review protocol	2017	JBI Database of Systematic Revi...	03/12/19
Sexton, J. Bryan; Adair, Kathryn C.; Leonard, Michael...	Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employ...	2018	BMJ Quality and Safety	03/12/19
Singer, Sara J.	Successfully implementing Safety WalkRounds: Secret sauce more than a magic bullet	2018	BMJ Quality and Safety	03/12/19
Basson, Tom; Montoya, Alfred; Neily, Julia; Harmon, Lisa; W...	Improving Patient Safety Culture	2018	Journal of Patient Safety	03/12/19
Saadati, Mohammad; Nouri, Mahdi; Rezapour, Ramin	Patient safety walkrounds; 5 years of experience in a developing country	2019	International Journal of Health...	03/12/19
Singer, Sara J.; Tucker, Anita L.	The evolving literature on safety WalkRounds: Emerging themes and practical messages	2014	BMJ Quality and Safety	03/12/19

Anexo 3: Tabla de los artículos incluidos en la revisión de la literatura.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Resumen	Ámbito de estudio/ Población	Revista	País de edición de revista	Impacto de revista*
Effectiveness of Patient Safety Leadership Walk Rounds™ on patient safety culture: A systematic review protocol	Ane Sofie Sølvtofte, Palle Larsen, Sussie Laustsen	2017	Revisión sistemática	El impacto de las RSC en la SP se refleja en el aumento del conocimiento sobre la SP entre los gerentes y profesionales de primera línea y disposición sobre el tema.	Hospitalario/ Publicaciones en inglés	JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports	Australia	Q2
Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1).	Mirelle Hanskamp - Sebregts, Marieke Zegers, Gert P. Westert, Wilma Boeijem, Steven Teerenstra,	2019	Método mixto	Las RSC forman parte de las intervenciones para mejorar la CSP, por lo que su efectividad se mide a través de cuestionarios.	Hospitalario/ Holanda	International journal for quality in health care	Reino Unido	Q1

	Petra J Van Gurp, Hub Wollersheim							
Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout	J Bryan Sexton, Paul J Sharek, Eric J Thomas, Jeffrey B Gould, Courtney C Nisbet, Amber B Amspoker, Mark A Kowalkowski, René Schwendimann, Jochen Profit	2014	Estudio cuantitativo	Dar <i>feedback</i> después de las RSC está relacionado con un mejor enfoque en la SP y menos desgaste del personal.	Unidad de cuidados intensivos neonatos / Estados Unidos	BMJ Quality and Safety	Reino Unido	Q1
Feasibility and Added Value of Executive WalkRounds in Long Term Care Organizations in the Netherlands	Loes Van Dusseldorp, Getty Huisman - de Waal, Hub Hamers, Gert Westert, Lisette Schoonhoven	2016	Método mixto	Nos explica cómo las RSC influyen en la relación entre los gerentes y profesionales sanitarios, y además ayudar a detectar las señales suaves.	Hospitalario, sociosanitario/ Holanda	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	Estados Unidos	Q1

"I think we should just listen and get out": A qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds	Leahora Rotteau, Kaveh G Shojania, Fiona Webster	2014	Estudio cualitativo	El estudio se enfoca en la relación entre gerentes y profesionales de primera línea durante y después de las RSC.	Hospitalario/ Canadá	BMJ Quality and Safety	Reino Unido	Q1
Improving Patient Safety Culture: A Report of a Multifaceted Intervention	Tom Basson, Alfred Montoya, Julia Neily, Lisa Harmon, Bradly V. Watts	2018	Estudio explorativo	Las RSC forman parte de otras intervenciones para la mejora de la CSP.	Hospitalario/ Estados Unidos	Journal of Patient Safety	Estados Unidos	Q2
Improving the patient safety culture in nursing homes through WalkRounds	Laura M. Wagner	2016	Estudio descriptivo	Este artículo explica los conceptos de CSP y las RSC, su relación y el cómo las RSC mejoran la CSP.	Sociosanitario/ Estados Unidos	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	Estados Unidos	Q1
Patient safety policy in long-term care: A research protocol to assess executive walkrounds to improve	Loes van Dusseldorp, Hub Hamers, Theo van Achterberg,	2014	Método mixto	Los resultados no han sido publicados todavía.	Hospitalario/ Holanda	Journal of Medical Internet Research	Canadá	Q1

management of early warning signs for patient safety	Lisette Schoonhoven							
Patient safety walkrounds; 5 years of experience in a developing country	Mohammad Saadati, Mahdi Nouri, Ramin Rezapour	2018	Revisión sistemática	El estudio explica que las RSC nos ayudan a identificar y resolver los problemas de seguridad en hospitales y sociosanitarios.	Hospitalaria/ Irán	International Journal of Health Planning and Management	Estados Unidos	Q2
Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy	Sallie J. Weaver, Lisa H. Lubomksi, Renee F. Wilson, Elizabeth R. Pfoh, Kathryn A. Martinez, Sydney M. Dy	2016	Revisión sistemática	Las RSC forman parte de otras intervenciones en que la CSP mejora la percepción del personal sobre la cultura.	Hospitalario/ Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia	Annals of Internal Medicine	Estados Unidos	Q1
Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture,	J Bryan Sexton, Kathryn Cadair, Michael W Leonard, Terri Christensen	2017	Estudio cuantitativo	Los autores resaltan la importancia del <i>feedback</i> a la hora de implementar las RSC.	Hospitalario/ Estados Unidos	BMJ Quality and Safety	Reino Unido	Q1

higher employee engagement and lower burnout	Frankel, Joshua Proulx, Sam R Watson, Brooke Magnus, Brittany Bogan, Maleek Jamal, Rene Schwendimann, Allan S Franke							
Successfully implementing Safety WalkRounds: Secret sauce more than a magic bullet	Sara J Singer	2018	Estudio descriptivo	En este estudio se asocia el <i>feedback</i> posterior a las RSC con la mejor CSP.	Hospitalario/ Estados Unidos	BMJ Quality and Safety	Reino Unido	Q1
The evolving literature on safety WalkRounds: Emerging themes and practical messages	Sara J Singer, Anita L Tucker	2014	Estudio descriptivo	Las RSC forman parte de distintas intervenciones para mejorar la CSP.	Hospitales	BMJ Quality and Safety	Reino Unido	Q1

Walkrounds in practice: Corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study	Graham Martin, Piotr Ozieranski, Janet Willars, Kathryn Charles, Joel Minion, Lorna McKee, Mary Dixon-Woods	2014	Estudio cualitativo	El estudio llega a la conclusión que una correcta implementación de las RSC puede mejorar la CS.	Sistema nacional de salud/ Inglaterra	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	Estados Unidos	Q1
---	---	------	---------------------	--	---------------------------------------	--	----------------	----

*: El impacto de la revista fue medido según el índice SJR (*Scientific Journal Rankings*).