



ORIGINALES

Percepción de seguridad del paciente en salas quirúrgicas y quirófano respecto a otras salas en un hospital español de segundo nivel

Perception of patient safety in surgical room and operating ward compared to other wards in a second-level spanish hospital

JL Fayos Jordán¹,
MA García García²

¹ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de Sagunto. Sagunto. Valencia. España.

² Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Sagunto. Sagunto. Valencia. España.
mangelesymangel@gmail.com

<https://doi.org/10.6018/eglobal.537541>

Recibido: 1/09/2022

Aceptado: 13/01/2023

RESUMEN:

Introducción: La seguridad del paciente es un pilar básico de la asistencia sanitaria. El enfermo quirúrgico parece tener singularidades frente a otros pacientes hospitalizados.

Objetivos: Entregar el cuestionario HSOPS al personal sanitario de varios servicios de nuestro hospital, y comparar las respuestas de las áreas del bloque quirúrgico (quirófano central y sala quirúrgica) frente a otras áreas asistenciales evaluadas, para obtener información descriptiva sobre el ambiente de seguridad en nuestro hospital, la capacidad de detección de problemas y la notificación de eventos adversos.

Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo. Se valoraron porcentajes de respuestas positivas, intermedias y negativas de las preguntas y dimensiones del cuestionario.

Resultados: Se recogieron 194 encuestas (38,5% de cumplimentación), de los que 94 (48,5%) fueron enfermeras. La "Dotación de personal" y el "Apoyo de la gerencia en la Seguridad del paciente" fueron debilidades en ambos bloques. La "Percepción de seguridad" y el "Trabajo en equipo entre unidades" fueron debilidades sólo en el bloque quirúrgico. Las "Expectativas de acciones de seguridad por parte de jefe de servicio / supervisora", sin ser una debilidad, fueron menores en el bloque quirúrgico. La notificación de eventos adversos por el personal sanitario es muy baja.

Conclusiones: Debemos seguir trabajando en la evaluación de la cultura de seguridad y en la notificación de eventos adversos para mejorar la atención a nuestros pacientes.

Palabras clave: seguridad del paciente; eventos adversos; Enfermería médico-quirúrgica.

ABSTRACT:

Introduction: Patient safety is a basic pillar of healthcare. The surgical patient seems to have singularities compared to other hospitalized patients.

Objectives: Give the HSOPS questionnaire to the health personnel of various departments of our hospital and compare the responses of the areas of the surgical block (central operating room and

surgical ward) against other health care areas evaluated, to obtain descriptive information on the safety environment in our hospital, the ability to detect problems and the notification of adverse events.

Methods: Descriptive cross-sectional observational study. Percentages of positive, intermediate, and negative responses to the questions and dimensions of the questionnaire were assessed.

Results: 194 questionnaire answers were collected (38.5% completion), of which 94 (48.5%) were nurses. "Staffing" and "Management Support for Patient Safety" were weaknesses in both blocks. "Perception of security" and "Teamwork between units" were weaknesses only in the surgical block. The "Expectations of safety actions by the head of service/ supervisor", without being a weakness, were lower in the surgical block. Reporting of adverse events by health personnel is very low.

Conclusions: We must continue working on evaluating the safety culture and reporting adverse events to improve care for our patients.

Keywords: patient safety, adverse events, medical-surgical Nursery.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un pilar básico de la asistencia sanitaria que contribuye a reducir el riesgo de daños asociados a la práctica sanitaria hasta un mínimo aceptable ⁽¹⁾. Es un conjunto de comportamientos individuales y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca reducir el daño que podría sufrir el paciente en relación con la prestación de salud ⁽²⁾.

En las áreas quirúrgicas se practican intervenciones dispares, realizadas por una gran cantidad de especialidades diferentes bajo la presión que supone una operación quirúrgica, lo que predispone a cometer errores. El enfermo quirúrgico parece tener singularidades con complicaciones específicas de esta atención como infecciones de herida quirúrgica, trombosis venosa profunda o reacciones adversas en relación con la anestesia ⁽³⁾. La atención y el enfoque de la seguridad del enfermo postquirúrgico deben ser análogos a la de otros enfermos hospitalizados. La presencia de eventos adversos se relaciona con factores humanos, organizacionales y del sistema de salud, que deben evaluarse periódicamente. El primer avance que nos acerca a una mejor cultura de seguridad es el diálogo acerca de los eventos adversos.

En 2008 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, promovida por la OMS, estableció su segundo reto, "La Cirugía Segura Salva Vidas". Tuvo como principal objetivo la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y la disminución de la morbimortalidad de los pacientes desde una visión interdisciplinar y de trabajo en equipo. Estableció que tanto la seguridad del paciente como el éxito de una operación dependen de todos los miembros del equipo ⁽⁴⁾.

Cuestionarios generales de valoración de la percepción de seguridad del paciente como el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) ⁽⁵⁾, desarrollado por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención en Salud (AHRQ) estadounidense, pueden ayudar a detectar aspectos deficitarios en la atención sanitaria y poner en marcha acciones de mejora. En ese sentido se planteó realizar nuestro trabajo, entregar este cuestionario al personal sanitario de varios servicios de nuestro hospital, y comparar las respuestas de las áreas del bloque quirúrgico (quirófano central y sala quirúrgica) frente a las restantes áreas evaluadas, para obtener información descriptiva sobre el ambiente de seguridad en nuestro hospital, la capacidad de detección de problemas y la notificación de eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal descriptivo, de evaluación de los resultados de una encuesta de valoración de la percepción de seguridad del paciente, y se realizó una comparación de las respuestas obtenidas en el bloque quirúrgico (quirófano central y sala de hospitalización quirúrgica) con las respuestas de otras salas de hospitalización. Se envió un cuestionario vía electrónica que se respondió de forma anónima por enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE), personal de limpieza y médicos, de varios servicios (Planta Médica, Quirúrgica, quirófanos, Pediatría, Maternidad, Oncología y Unidad de Cuidados Intensivos -UCI-) de un hospital español de segundo nivel en 2 momentos en que la presión asistencial por enfermos COVID-19 no era excesiva durante el año 2021. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ensayos e Investigación Clínica para el desarrollo de este trabajo.

La valoración de la seguridad se realizó con el cuestionario HSOPS ⁽⁵⁾, traducido al castellano ⁽⁶⁾. Es un cuestionario semiestructurado con 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones, y 5 opciones de respuesta en una escala de valoración tipo Likert: respuestas favorables al enunciado de la pregunta (“totalmente de acuerdo” o “siempre”), intermedias (“ni de acuerdo ni en desacuerdo” o “a veces”) y desfavorables al enunciado de la pregunta (“totalmente en desacuerdo” o “nunca”). Se calculó la frecuencia relativa de respuestas positivas (número de respuestas positivas dividido por la suma de las respuestas positivas, negativas e intermedias) en cada pregunta y en cada dimensión. Se calificó una dimensión como fortaleza si tuvo al menos un 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en sentido positivo, o 75% de respuestas negativas a preguntas formuladas en sentido negativo. Una pregunta o dimensión se consideró debilidad si tuvo al menos un 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en sentido positivo, o 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en sentido negativo. Se valoró además la frecuencia de respuestas negativas, para dilucidar las áreas donde se deben centrar los esfuerzos para mejorar la cultura de seguridad.

Las dimensiones fueron:

- Referidas a tu área de trabajo: “Respuesta no punitiva al error” (Dimensión 8: D8), “Aprendizaje organizacional – mejora continua” (D4), “Percepción global de la seguridad del paciente” (D2), “Dotación de personal” (D9) y “Trabajo en equipo dentro del servicio” (D5).
- Relativas a la comunicación: “Franqueza en la comunicación” (D6), “Retroalimentación y comunicación sobre el error” (D7).
- “Labor de tu jefe de servicio / tu supervisor” (D3).
- “Frecuencia de eventos adversos notificados” (D1).
- Aspectos en tu hospital: “Cambio de turno y transición entre servicios” (D12), “Apoyo de gerencia del hospital en seguridad del paciente” (D10) y “Trabajo en equipo entre servicios” (D11).

Se incluyó una pregunta de percepción global de la cultura de seguridad con una puntuación numérica entre 1 y 10. Y se añadieron otras preguntas sobre:

- Grupo profesional;

- Características sociolaborales: en qué año empezaron a trabajar en su actual profesión; en qué año empezaron a trabajar en su servicio;
- Frecuencia de notificación de eventos adversos en el último año;
- Y finalmente 8 preguntas (53 – 60) sobre prácticas habituales del trabajo que indican cultura de seguridad: trabajo con órdenes verbales, realizar informes de historia clínica, cambios de medicación, información diagnóstica, petición de consentimiento informado y valoración de preferencias de tratamiento en pacientes probablemente terminales.

Se valoró la confiabilidad, el grado en que el cuestionario mide de forma consistente (sin errores) su objeto de medida en una muestra en la población, con el coeficiente alfa de Cronbach.

Se calculó una puntuación global de percepción de seguridad como suma de las puntuaciones de las distintas preguntas: la respuesta negativa “nunca” o “totalmente en desacuerdo” otorgó “0 puntos” y la respuesta positiva “siempre” o “totalmente de acuerdo” otorgó “4 puntos”. La máxima puntuación de percepción de seguridad sería $4 \text{ (puntuación máxima)} \times 42 \text{ preguntas} = 168 \text{ puntos}$.

El tamaño muestral obtenido nos hizo suponer que las variables seguían distribuciones de normalidad. Las variables numéricas continuas se describieron con media y desviación estándar (SD). Las variables categóricas se describieron como porcentajes. Se usó la prueba T de Student para comparar una variable numérica continua frente a una categórica dicotómica. Se usó la prueba JI AL CUADRADO para valorar la relación entre 2 variables categóricas. La p menor de 0,05 se consideró estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Resultados globales

Se recogieron 194 encuestas de trabajadores sanitarios, 148 mujeres (76,29 %). Del total, 94 (48,5%) fueron enfermeras, 51 (26,29%) TCAEs, 45 (23,19%) médicos, 3 (1,55%) celadores y 1 (0,51%) trabajadora de limpieza. En conjunto, 11,86% procedieron de planta médica, 24,74% de planta quirúrgica 4,08% de quirófano, 15,46% de Pediatría / Maternidad, 6,63% de Oncología y 35,05% de UCI. Aunque inicialmente la encuesta no se planteó en Urgencias, 4 trabajadores de este servicio enviaron su cuestionario. La tasa de cumplimentación del cuestionario global fue del 38,5% (190/493), con valores que van del 13,33% en Quirófano al 73,9% en UCI.

La edad media fue 46,11 años (DE 11,59). Trabajaron en su profesión 17,11 +/- 11,96 años, 10,70 +/- 10,30 en nuestro hospital, y 6,78 +/- 6,93 años en su servicio, con distribuciones asimétricas (medianas de 15, 6 y 3 años, respectivamente). Sólo 67 (34,5%) recibieron recientemente formación en seguridad del paciente.

La puntuación de calidad y seguridad en el manejo del paciente fue de 7,84 +/- 1,53 puntos (mediana 8), con 3,09% suspensos, 12,37% aprobados, 51,55% notables y 32,99% sobresalientes. Esas puntuaciones fueron similares en los distintos servicios. Las calificaciones del grado de seguridad mostraron diferencias entre grupos profesionales ($p < 0,001$), con puntuaciones de notable y sobresaliente en TCAEs,

celadores y trabajadora de limpieza; y porcentajes de otras calificaciones (aprobados e insuficientes agregados) del 18,1% y 28,9% en enfermeras y médicos. No hubo diferencias en la puntuación en trabajadores con más o menos antigüedad laboral, ni con más o menos horas semanales trabajadas. La mayoría de sanitarios (96,43%) no notificó ningún incidente.

El índice ALFA de Cronbach fue 0,92; todas las estimaciones de este estadístico fueron superiores a 0,910 al eliminar individualmente cada pregunta de la estimación global.

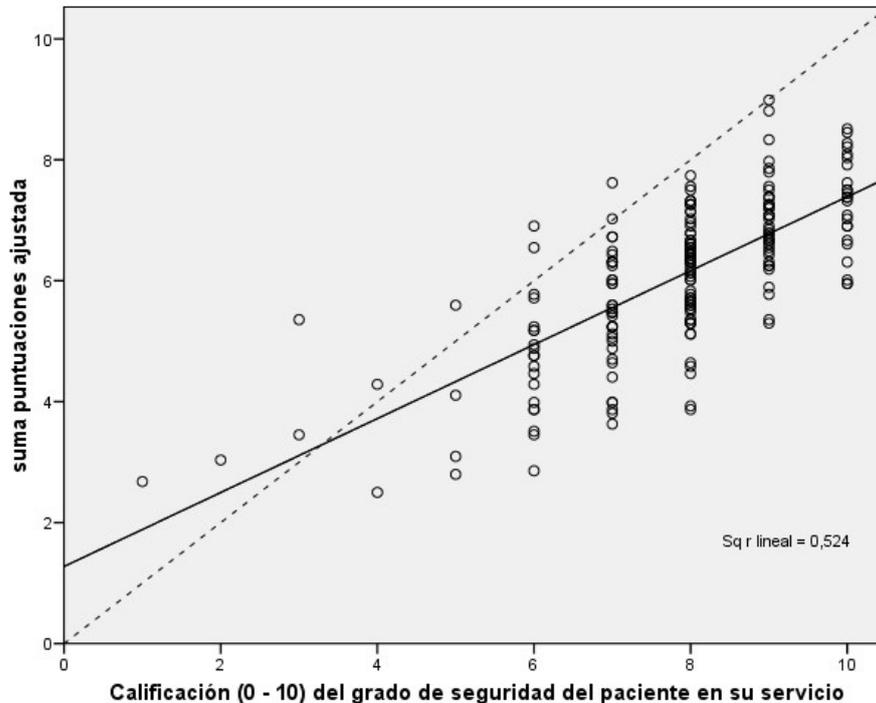
La pregunta 1 “El personal se apoya mutuamente” incluida en D5 “Trabajo en equipo dentro del servicio”, tuvo el mayor porcentaje de respuestas positivas (90,72%). La pregunta 31 “La gerencia del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ha ocurrido algún suceso adverso”, incluida en D10 “Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad” tuvo el menor porcentaje de respuestas positivas (21,16%).

Las dimensiones D3 “Expectativas de acciones por parte de jefe de servicio / supervisora que favorecen la seguridad” y D5 “Trabajo en equipo dentro de mi servicio” fueron Fortalezas (78,76% y 87,56%). Las dimensiones D1 “Frecuencia de EA notificados”, D2 “Percepción de seguridad”, D6 “Franqueza en la comunicación”, D7 “Feed-back y comunicación sobre errores” y D11 “Trabajo en equipo entre unidades” tuvieron entre 50 y 64,7% de respuestas positivas. Las dimensiones D9 “Dotación de personal” y D10 “Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad” fueron Debilidades (32,25% y 24,7% de respuestas positivas).

Las dimensiones con más respuestas negativas fueron D10 “Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad”, D9 “Dotación del personal”, D8 “Respuesta no punitiva a los errores” y D2 “Percepción de seguridad”; todas ellas supusieron más del 50% del total de las respuestas negativas.

La puntuación de calidad obtenida como suma de las respuestas de las 42 preguntas arrojó un valor algo menor del obtenido al preguntar la calidad de forma directa; la media fue de 101,95 (DE 21,68) -equivalentes a puntuaciones de 6,07 (DE 1,29)-. Quizá esa diferencia radique en que el cuestionario es aplicable en los distintos escenarios hospitalarios, y no incluye ítems más específicos de cada servicio. Existió una correlación lineal aceptable entre la suma de puntuaciones y la puntuación global de la percepción de seguridad ($R^2 = 0,524$).

Figura 1: Gráfico de dispersión que muestra la calificación de seguridad del paciente y la suma de puntuaciones de las distintas preguntas como estimación de esa calificación de seguridad. La mayoría de las percepciones de seguridad valoradas como suma de puntuaciones de preguntas es menor a la percepción global (puntos que caen por debajo de la bisectriz de la figura).



Las últimas 8 preguntas tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores al 60%, e incluso las preguntas 55 “Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico”, 56 “Antes de realizar una nueva prescripción, se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente” y 57 “Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a los profesionales implicados en la atención del paciente” fueron Fortalezas (respuestas positivas > 75%). Todas las preguntas tuvieron menos del 20% de respuestas negativas.

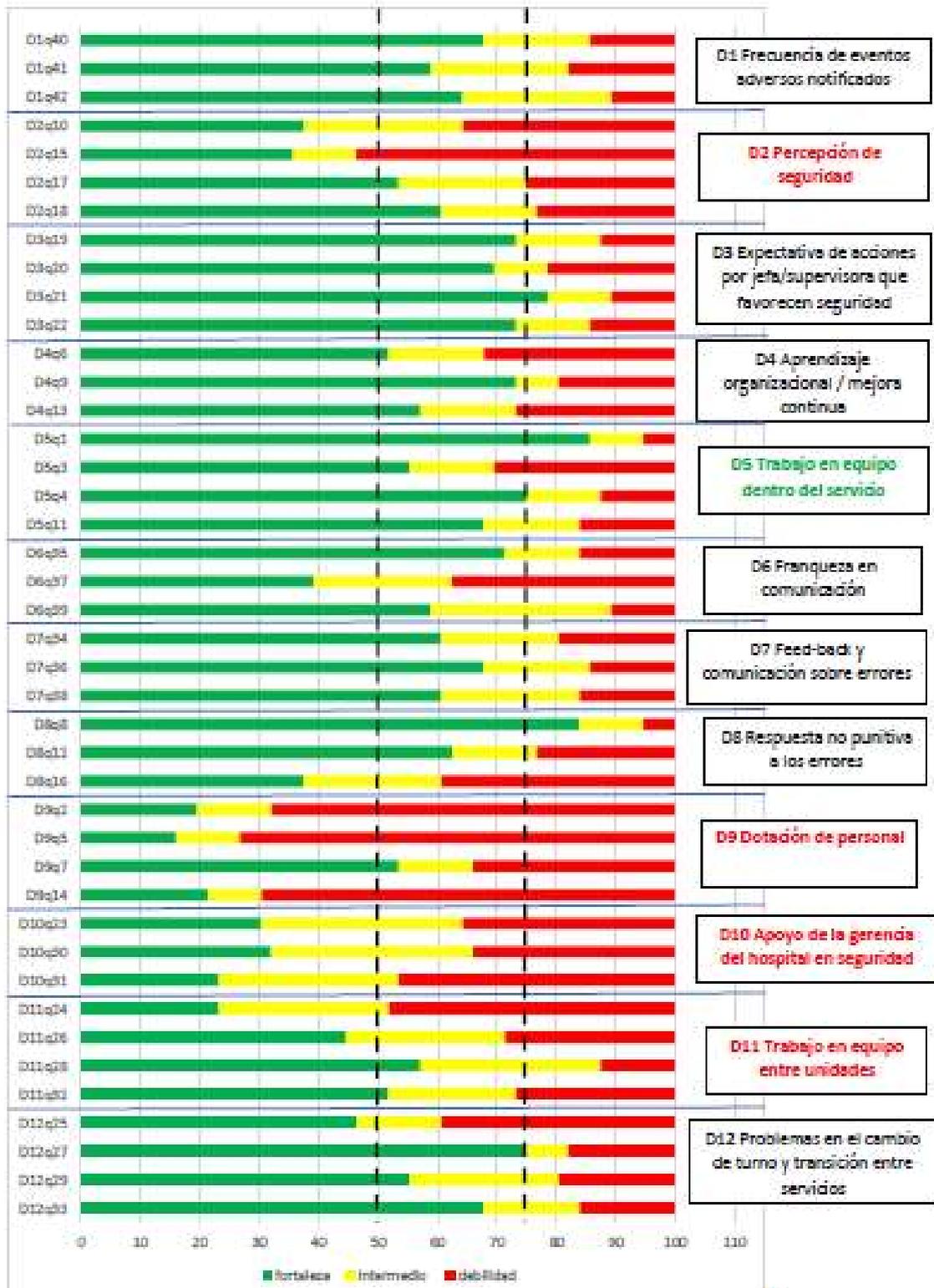
Resultados del bloque quirúrgico.

Se recogieron 56 encuestas (48 planta quirúrgica y 8 quirófano), lo que supuso un 30,11% del total de encuestas recogidas, con una tasa de cumplimentación variable (48% en sala quirúrgica y 13,33% en quirófano). Hubo predominio de mujeres (78,6% en bloque quirúrgico vs 75,4% en el resto, $p = ns$). La edad de los trabajadores sanitarios fue levemente superior en el bloque quirúrgico ($47,43 \pm 11,12$ vs $44,98 \pm 11,94$, $p = ns$). De igual modo, los años de profesión y de trabajo en el hospital de Sagunto fueron algo mayores en los trabajadores del bloque quirúrgico que en el resto ($20 \pm 11,87$ vs $15,89 \pm 11,84$, $p = 0,031$; y $13,29 \pm 11,18$ vs $9,59 \pm 9,74$, $p = 0,036$). Los años de trabajo en el servicio actual también fueron algo mayores en el bloque quirúrgico ($7,91 \pm 7,79$ vs $6,3 \pm 6,50$, $p = ns$). Las distribuciones de porcentajes de los distintos grupos profesionales fueron similares en el bloque quirúrgico y en el resto de servicios.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en edad y en antigüedad como profesional, de tiempo de trabajo en el hospital, ni del tiempo de trabajo en tu servicio entre los profesionales de planta quirúrgica y de quirófano.

Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas negativas fueron la 15 “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (incluida en D2 “Percepción de seguridad”) y las preguntas 2 “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”, 5 “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” y 14 “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (de D9, “Dotación de personal”) (figura 2). Todos estos son aspectos sobre los que se tiene de trabajar de forma prioritaria dentro de cada servicio para intentar mejorar el clima de seguridad del paciente, en un esquema proactivo Plan – Do – Check – Act de mejora continua de Deming ⁽⁷⁾.

Figura 2: Gráfico de barras que muestra las respuestas positivas, intermedias y negativas de las preguntas de las distintas dimensiones en el grupo quirúrgico. Las dimensiones que son fortalezas se etiquetan en verde, la etiqueta de las dimensiones con debilidad en rojo.



Varias preguntas tuvieron más de 30% de respuestas intermedias: 39 “El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta” (en D6 “Franqueza en la comunicación”), 23 “La gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente”, 30 “La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” y 31 “La gerencia o dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (D10 “Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del paciente”) y 28 “Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios / unidades” (D11 “Trabajo en equipo entre unidades”).

Los porcentajes de respuestas positivas en las dimensiones del bloque quirúrgico y el resto de unidades fueron similares, excepto en las dimensiones relacionadas con el trabajo en equipo (D5 “dentro del servicio” ($p < 0,001$) y D11 “entre unidades” ($p = 0,089$)). El bloque quirúrgico mostró puntuaciones algo mejores en la Frecuencia de eventos adversos notificados (D1), en Respuesta no punitiva a los errores (D8), en Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente (D10) y en Problemas en el cambio de turno y transición entre servicios (D12), aunque sin diferencias significativas (tabla 1).

Tabla 1: Porcentajes de respuestas positivas en las distintas dimensiones en el grupo quirúrgico y en el resto de servicios. Dimensiones coloreadas en rojo, Debilidades. Dimensiones coloreadas en verde, Fortalezas. Ns, diferencia no significativa.

Dimensiones	Quirúrgicas		Resto		P
D1. Frecuencia de eventos adversos notificados	63,69		60,51		ns
D2. Percepción de seguridad	46,87	D	52,72		ns
D3. Expectativas de acciones por jefe de servicio/supervisión que favorecen SP	73,66		80,98	F	ns
D4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	60,71		61,11		ns
D5. Trabajo en equipo dentro del servicio	75,44	F	92,57	F	<0,001
D6. Franqueza en la comunicación	56,55		62,56		ns
D7. Feed-back y comunicación sobre errores	63,09		65,46		ns
D8. Respuesta no punitiva a los errores	61,31		54,59		ns
D9. Dotación de personal	27,68	D	34,12	D	ns
D10. Apoyo de la gerencia del hospital en SP	28,57	D	22,95	D	ns
D11. Trabajo en equipo entre unidades	44,19	D	53,26		ns (p=0,089)
D12. Problemas en el cambio de turno y transición entre servicios	61,16		54,89		ns

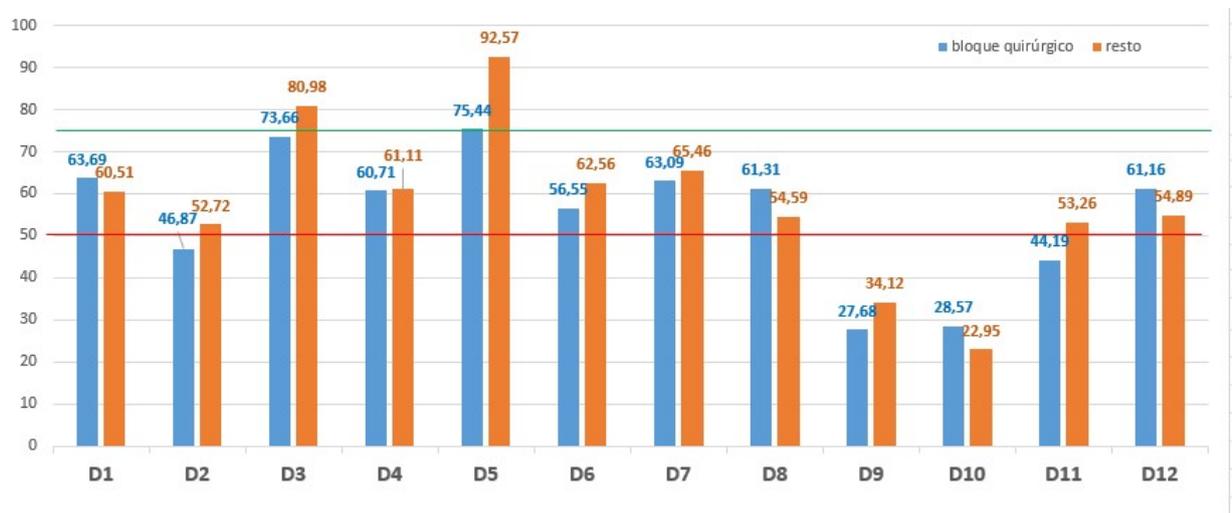
La dimensión 5 “Trabajo en equipo dentro del servicio” fue una fortaleza en bloque quirúrgico y en el resto de salas, aunque con un valor significativamente mayor en el resto.

La dimensión 3 “Expectativas de acciones de seguridad por parte de jefe de servicio / supervisora” no fue una fortaleza en el bloque quirúrgico (73,66) y sí en el resto (80,98).

La dimensión 2 “Percepción de seguridad” fue una debilidad (46,87) en bloque quirúrgico, y no lo fue (52,72%) en el resto. Igual se comportó la dimensión 11 “Trabajo en equipo entre unidades” (44,19 en bloque quirúrgico y 53,26 en el resto).

Las dimensiones 9 “Dotación de personal” y 10 “Apoyo de gerencia en SP” fueron debilidades muy acusadas (puntuaciones menores al 35% en el bloque quirúrgico y en el resto). La percepción de “Dotación de personal” fue algo peor en bloque quirúrgico (27,68 vs 34,12) y la percepción de “Apoyo de la gerencia” fue peor en el resto (28,57 vs 22,95) (figura 3).

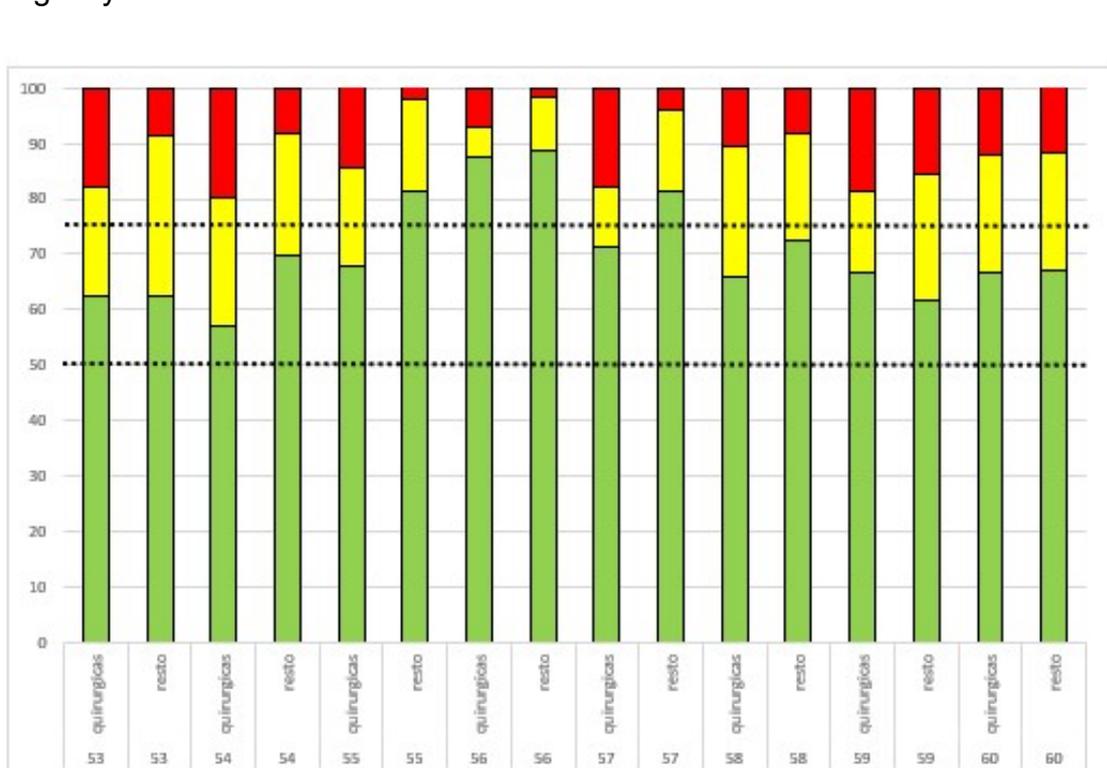
Figura 3: Gráfico de barras agrupadas del porcentaje de respuestas positivas en las distintas dimensiones en el bloque quirúrgico (azul) y en el resto de servicios evaluados (rojo).



Las dimensiones con más respuestas negativas fueron similares en ambos escenarios: D9 “Dotación de personal”, D10 “Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del paciente”, D2 “Percepción de seguridad” y D11 “Trabajo en equipo entre unidades”.

La comparación de las 8 últimas preguntas mostró que la pregunta 56 fue fortaleza en el bloque quirúrgico y en el resto de salas, y 55 y 57 fueron fortaleza en el resto. Ninguna fue debilidad. Ninguna pregunta tuvo más de 30% de respuestas intermedias (figura 4).

Figura 4: Gráfico de barras apiladas y agrupadas que muestra los porcentajes de respuestas positivas, intermedias y negativas de las preguntas 53-60 en el bloque quirúrgico y en el resto de servicios evaluados



DISCUSIÓN

La seguridad del paciente quirúrgico es un tema de vital importancia, en el ámbito de la actual Medicina, personalizada, tecnificada, y con peligro ante potencial error. La importancia de Enfermería, siempre a pie de cama y atenta a las necesidades del paciente, es enorme. La valoración de los resultados de nuestro trabajo arrojó varios resultados significativos.

El colectivo que más participó en nuestro estudio es el de Enfermería (48,5% de respuestas enviadas). Es un dato notable pues, como defiende Alanazi ⁽⁸⁾, Enfermería es un eslabón clave para la seguridad del paciente al ser un vínculo de relevancia entre el paciente y otros profesionales de la salud y jugar un papel importante en la promoción de los problemas de seguridad y la mejora de los resultados de los pacientes.

El mayor tiempo previo trabajado, referido al personal del bloque quirúrgico, pudo influir en las diferencias de resultados encontradas respecto al resto de servicios. La presencia de un recambio (*turnover*) alto con personal poco experta en contratos temporales puede facilitar la presencia de errores.

La segunda dimensión “Percepción de seguridad”, con ítems como “no se producen más fallos por casualidad” o “aumentos del ritmo de trabajo que pueden sacrificar la seguridad del paciente”, se mostró como una debilidad dentro del bloque quirúrgico, pero no para el resto de personal encuestado. Debemos analizar los protocolos

internos del bloque quirúrgico, buscando puntos de mejora que permitan optimizar la percepción individual de seguridad e interiorizar la necesidad de seguridad del paciente.

Un apartado especialmente relevante es la Notificación de eventos adversos (D1). El hecho de conocerlos permite elaborar planes de resolución y prevención y, por tanto, es una oportunidad para abordarlos de manera precoz o evitar su aparición. En nuestro estudio, el 96,4% de los encuestados notificó ningún incidente, mientras que en el estudio nacional este dato es del 77,8% ⁽⁶⁾. Además, un elevado porcentaje de encuestados respondió que teme un posible castigo en caso de notificar un evento adverso. Estos datos imposibilitan el aprendizaje de los errores y dificultan mejorar la seguridad del paciente porque impiden la creación de adecuados planes de prevención. Del mismo modo, nos debe llevar a plantear si existen protocolos efectivos para la comunicación de eventos adversos y si el personal asistencial los conoce para poder emplearlos abiertamente, sin miedo a ser penalizados o culpabilizados. Se deben disminuir las diferencias jerárquicas y facilitar el aprendizaje progresivo, haciendo entender que el error es parte del proceso, y su comunicación es el elemento fundamental para el progreso. Como defiende Pérez Bolaños ⁽⁹⁾, la meta es que el profesional asistencial se sienta cómodo trabajando en equipo sin condicionantes jerárquicos negativos y con una comunicación activa entre sí.

Las preguntas que más respuestas intermedias arrojaron fueron las relativas al “Temor de hacer preguntas sobre hechos incorrectos” (dentro de D6 “Franqueza en la comunicación”), 3 preguntas sobre el papel de gerencia en la promoción de seguridad del paciente (D10), y 1 pregunta sobre el trabajo en equipo entre unidades (D11). Esas respuestas poco concluyentes quizá fuesen indicativas de que marcar resultados claramente negativos en esos ítems pudo ser peyorativo o despectivo para el sistema de vigilancia de la seguridad del paciente en general.

Aspectos como la Dotación de personal (D9) y el Apoyo de la gerencia en la promoción de seguridad (D10) fueron aspectos claramente deficitarios en ambos grupos (menos del 35% de respuestas positivas). Pese a la obligatoriedad de retroalimentación y de promoción de procesos de mejora de seguridad del paciente en todos los ámbitos, esos datos podrían indicar una mayor prioridad a la hora de iniciar acciones de mejora en este bloque frente al resto de servicios. La percepción de que existe un defecto en la dotación de personal es notable, pues la falta de recursos humanos limita de forma directa la atención que podemos brindar a nuestros pacientes, sobrecargando a todo el equipo y aumentando la probabilidad de cometer un error.

A pesar de las diferencias del bloque quirúrgico frente al resto del hospital, en las dimensiones en las que más se debiera trabajar de cara a mejorar la cultura o el clima de seguridad son las mismas: mejorar la dotación de personal, aumentar la implicación de gerencia del hospital en temas de seguridad del paciente (o mejorar la visibilidad de sus acciones en pro de una mayor seguridad), mejorar la percepción subjetiva de seguridad y mejorar el trabajo en equipo entre unidades.

Los resultados de nuestro trabajo fueron análogos a los de otros estudios realizados en medios similares al nuestro. En el trabajo de Mella ⁽¹⁰⁾ se describe que los servicios médicos tuvieron mayor número de fortalezas (D3 y D5) y menor número de debilidades (D9 y D10) que los servicios quirúrgicos. Los servicios con mayor número

de debilidades fueron los quirúrgicos y UCI, ambos con las mismas debilidades (D9, D10 y D11).

La diferencia en las preguntas referentes al Trabajo en equipo (D5), con porcentajes altos en grupo quirúrgico y restantes áreas para considerarla Fortaleza, pero con diferencia cercana al 20% en ambas áreas, aparece en otros trabajos ^(11,12). Aunque no se trate de una debilidad, este resultado nos debe hacer pensar en la calidad del trabajo en equipo dentro del quirófano, así como en el ambiente de trabajo y en el apoyo existente entre los compañeros, independientemente de su labor asistencial.

El papel de Apoyo de la Gerencia (D10) es importantísimo para que la Cultura de Seguridad se materialice en hechos. En los trabajos revisados hay diferentes valoraciones de esta dimensión. En los trabajos de Bravo ⁽¹¹⁾ y Pérez Bolaños ⁽¹³⁾ se muestra como una fortaleza. En otros trabajos ^(6,10,14,15) y en el nuestro se aprecia una percepción negativa. Es necesario que los altos cargos sanitarios realicen acciones tangibles a favor de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, y promuevan una comunicación más cercana entre estamentos, y promuevan la cultura de aprendizaje de los errores.

El trabajo en equipo entre unidades se mostró como una debilidad para el personal de quirófano y no para el resto, con una pequeña diferencia de porcentajes. Fue un dato evaluable desde diferentes puntos de vista. El área de quirófano es el lugar del hospital donde confluyen un mayor porcentaje de especialidades diferentes, con sus respectivas actuaciones y protocolos, lo cual puede llevar a una mayor dificultad de entendimiento. El colectivo que puede verse más afectado es Enfermería, dada su frecuencia de rotación entre quirófanos de diferentes especialidades. La ausencia de subespecialización es otro hándicap añadido. Este problema no es solo achacable a la organización de un hospital, sino a la de todo el Sistema Nacional de Salud, empleando a los diferentes trabajadores de este grado en puestos dispares según las necesidades de cada momento.

Nuestro trabajo tuvo varias fortalezas. Se recogió la opinión de distintos servicios de peso dentro de la importante labor asistencial de nuestro hospital para obtener una perspectiva amplia de la percepción de seguridad de los trabajadores del hospital. Los cuestionarios fueron anónimos, lo que pudo animar a los encuestados a volcar sus puntos de vista de forma veraz. También tuvo varias limitaciones. La baja tasa de cumplimentación en algunos servicios redujo la representatividad de sus resultados. El cuestionario se repartió en un momento de baja presión asistencial por enfermos COVID; la situación dramática vivida con anterioridad, en servicios quirúrgicos y no quirúrgicos, pudo influir en las respuestas obtenidas.

La intención diferida del trabajo es dar pie a acciones futuras. De acuerdo con el ciclo de mejora continua, tras la implementación de acciones concretas de mejora sería recomendable la realización de nuevas mediciones de la percepción de la cultura de seguridad.

CONCLUSIONES

La percepción de cultura de seguridad es en general aceptable en el ámbito quirúrgico y el no quirúrgico.

La “Dotación de personal” y el “Apoyo de la gerencia en la Seguridad del paciente” fueron debilidades en ambos bloques. La “Percepción de seguridad” y el “Trabajo en equipo entre unidades” sólo fueron debilidades en el bloque quirúrgico. Las “Expectativas de acciones de seguridad por parte de jefe de servicio / supervisora”, sin ser una debilidad, fueron menores en el bloque quirúrgico.

Es preciso establecer un sistema eficiente para el reporte de eventos adversos y la continua evaluación de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario, entendiéndolos como base de la potenciación de la cultura de seguridad, sin temor a represalias ni a menosprecio por parte de sus superiores.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento al personal sanitario (enfermeras, TCAEs, médicos, celadores y personal de limpieza), en general, por el enorme esfuerzo que desarrollan en el cuidado de los pacientes y, en particular, por responder al cuestionario entregado.

REFERENCIAS

(enlaces web comprobados el 2-07-2022):

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Med Clin Condes* 2017; 28 (5): 785 – 95.
2. Dinas Montoya, X. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de una institución de cirugía plástica y estética de Cali en el 2020. Colombia: Universidad del Valle. Web: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/21707>
3. Haugen AS, Sevdalis N, Søfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*. 2019 Aug;131(2):420-425. doi: 10.1097/ALN.0000000000002674. PMID: 31090552.
4. Lara H. Importancia de la Pausa de Seguridad Quirúrgica. *Rev. Actuali. Clinic. Meds*. Vol. 2. Num 2, Julio - Diciembre (2018). ISSN 0719-8620, pp 40-48.
5. Hospital Survey on Patient Safety Culture, versión 1. Web: [Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide \(ahrq.gov\)](https://www.aahrq.gov/hospital-survey-on-patient-safety-culture)
6. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, de Oliveira-Sousa SL et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008 Dec; 131 Suppl 3: 18 - 25.
7. Hanghom J. Five Deming principles that help healthcare process improvement. *Health Catalyst*. 2018. Web: <https://www.healthcatalyst.com/insights/5-deming-principles-for-healthcare-process-improvement>
8. Alanazi, F. K., Sim, J., & Lapkin, S.(2022). Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nursing Open* 2022; 9, 30–43. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.1063>.
9. Pérez Bolaños, L. Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2020;22 DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.pema>

10. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G y Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit* 2020; 34 (5): 500 – 13.
11. Bravo Gómez, M.A.; Arboleda de Pérez, L.B.; Arguello, D.K.; Becerra Moreno, X.; Peñaranda Vega, M.; Oyola Naranjo, D.J.; Rivera Carvajal, R. Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. *Revista Cubana de enfermería*. 2020;36(1):e3155.
12. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud *Rev. Latino-Am. Enfermagem* nov.-dic. 2015;23(6):1041-8.
13. Pérez Bolaños, L. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017;33(2):1-13
14. Viayen A, Hellings J, Claes Net al. National Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgians hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 760 – 7.
15. Danielsson M, Nilsen P, Rutberg H et al. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. *J Patient Saf*. 2019 Dec; 15(4): 328 - 333.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia