

Cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes

Culture of security of the patient by perioperative nursing in a public hospital of Aguascalientes

Diana Cristina Navarro-Rodríguez^{1a*}, Juan Carlos Pérez-González^{1b}, Cynthia Ruiz-Espinosa^{1c}, María de los Ángeles Cruz-Ruiz^{1d}, Esmeralda Flores-Murillo^{2e}, Hortencia Torres-Rodríguez^{2f}

^a0000-0002-5857-0773; ^b0000-0002-7674-6859; ^c0000-0002-5910-9866; ^d0000-0001-9236-3738; ^e0000-0003-4949-3742; ^f0000-0002-4062-6708

Resumen

Introducción: la cultura de seguridad del paciente es el resultado de los valores individuales y grupales, así como de actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento, que determinan el compromiso, estilo y competencia de una organización hacia la salud y manejo de la seguridad. Diversos organismos internacionales y nacionales reconocen el quirófano como un servicio hospitalario de alto riesgo en materia de seguridad del paciente.

Objetivo: describir la cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes, México.

Metodología: estudio descriptivo y transversal. La muestra se conformó con 59 trabajadores con contratación indefinida que desempeñaban funciones de circulante, instrumentista, en sala de preanestesia y de recuperación posanestésica, durante los turnos matutino, vespertino y nocturno. Se realizó un censo estadístico. La población de estudio incluyó a 52 personas. Se utilizó el cuestionario sobre seguridad de los pacientes, con alfa de Cronbach de 0.96.

Resultados: el aprendizaje organizacional mostró 57.7% de respuestas positivas. Las dimensiones restantes tuvieron respuestas neutras. El grado de seguridad del paciente fue $\mu d = 8.0$. El grado de cultura de seguridad del paciente fue $\mu d = 133.0$ puntos. Existió buena cultura en el 73% de los casos.

Abstract

Introduction: The Patient Safety Culture is the result of individual and group values, as well as attitudes, perceptions, competencies and behavior patterns, which determine the commitment, style and competence of an organization towards health and management of the security. The operating room is recognized by various international and national organizations as a high-risk hospital service in terms of patient safety.

Objective: To describe the Patient Safety Culture for perioperative nursing in a public hospital in Aguascalientes, Mexico.

Methods: Descriptive-transversal study. The universe was made up of 59 workers with permanent contracts who performed the functions of circulating, instrumentalist, in the pre-anesthesia and post-anesthesia recovery rooms, during the morning, afternoon and night shifts. A statistical census was carried out. The study population was 52 people. The Patient Safety Survey was used, with a Cronbach's alpha of 0.96.

Results: Organizational learning presented 57.7% positive responses. The remaining dimensions showed neutral responses. The degree of patient safety was $\mu d = 8.0$. The level of Patient Safety Culture was $\mu d = 133.0$ points. There was a good culture in 73% of the cases.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 1, Servicio de Quirófano. Aguascalientes, Aguascalientes; ²Universidad Autónoma de Zacatecas, Unidad Académica de Enfermería, Posgrado de Especialidad en Enfermería Quirúrgica. Zacatecas, Zacatecas, México

Correspondencia:

*Diana Cristina Navarro-Rodríguez
E-mail: diananavarro_06@hotmail.com
2448-8062 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16/07/2019

Fecha de aprobación: 23/09/2020

DOI: 10.24875/REIMSS.M20000010

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2020;28(3):222-231

<http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>

Conclusiones: *la cultura de seguridad del paciente fue buena. El turno vespertino registró mayor cultura de seguridad del paciente.*

Palabras clave: *Seguridad del Paciente; Enfermería Perioperatoria; Enfermería de Quirófano; Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Cultura Organizacional*

Conclusions: *The Patient Safety Culture was good. The afternoon shift presented a higher Patient Safety Culture.*

Keywords: *Patient Safety; Perioperative Nursing; Operating Room Nursing; Surgical Procedures, Operative; Organizational Culture*

Introducción

La cultura de seguridad del paciente cobró importancia tras la publicación de *To err is human (Error es humano)* del National Institutes of Health (NHI) de Estados Unidos. Según este registro, 44 000 a 98 000 estadounidenses mueren cada año a causa de errores derivados de la atención médica, lo que provoca en su mayoría incapacidad temporal y muerte.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) refirió que 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria.² El estudio multicéntrico IBEAS de Latinoamérica mostró una prevalencia de efectos adversos del 10.5%, con 8.2% que sufrió la infección del sitio quirúrgico.³ El Consejo Nacional de Arbitraje Médico en México (CONAMED) publicó que el quirófano ocupó el tercer lugar de los servicios que informaron el mayor número de efectos adversos, lo que representó el 14.3% de los casos.⁴ En Aguascalientes, de los 78 eventos adversos registrados por el personal de enfermería, el 6% ocurrió en el quirófano.⁵ En atención a esto, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el 2004 y en el 2008 la cirugía segura.⁶ A partir del 2017, el Consejo de Salubridad General (CSG) en México estableció las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente: a) identificación del paciente, b) comunicación efectiva, c) seguridad en el proceso de medicación, d) seguridad en los procedimientos, e) reducción del riesgo de infecciones relacionadas con la atención de la salud, f) reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas,⁷ g) registro de efectos adversos y h) cultura de seguridad del paciente.

La *Agency for Healthcare Research and Quality* de Estados Unidos define a esta última como *el producto de valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización.*⁷ De manera general, se conoce que la seguridad del paciente se relaciona con los factores del entorno de trabajo, como el equipo laboral, la supervisión, la carga de trabajo y la adhesión a los protocolos de atención,³

así como a los factores del equipo de salud, entre ellos el estrés, la experiencia y la formación académica.⁴ Al respecto, existe escasa evidencia de la percepción de la cultura de seguridad del paciente por parte de los trabajadores de las unidades quirúrgicas.^{8,9} Algunos autores consideraron sólo una proporción de la plantilla laboral de esta área; sin embargo, los datos publicados no se analizaron conforme al servicio hospitalario que encuestaron.^{10,11,12,13,14} De estas investigaciones, sólo una se realizó en México.¹⁴ El beneficio de este estudio consiste en identificar la cultura de seguridad del paciente en el proceso quirúrgico, que lidera el personal de enfermería perioperatoria, desde el momento en el que se decide realizar la intervención quirúrgica, durante ésta y hasta el alta hospitalaria; esto puede reflejarse en la protección legal del trabajador y la calidad de los cuidados proporcionados. Asimismo, el paciente puede recibir cuidados de calidad, con el mínimo riesgo a su salud, que favorezcan la recuperación y su reinserción social. El estudio describe la cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes, México.

Metodología

Estudio descriptivo y transversal. La muestra se integró con 59 trabajadores de enfermería. Se realizó un censo estadístico en el que se encuestó a la totalidad de la muestra.¹⁵ Por consiguiente, no se realizó cálculo sobre el tamaño de la muestra hasta obtener 52 cuestionarios cumplimentados.

Los criterios de inclusión fueron: trabajadores de enfermería con contratación indefinida, que desempeñaran funciones de enfermería circulante, instrumentista, en sala de preanestesia y de recuperación posanestésica en los turnos matutino, vespertino y nocturno del quirófano.

Se excluyó a los trabajadores que se encontraban de vacaciones (4 participantes), así como a aquéllos con licencia o incapacidad durante el período de recolección de los datos (2 personas). Se eliminó a los individuos que decidieron retirarse del estudio (1) y los cuestionarios con una o más preguntas sin responder (0 casos).

Los datos de caracterización se recabaron mediante una ficha desarrollada *ex profeso*, denominada cédula de datos sociodemográficos y laborales (CDSL), constituida por siete aspectos (sexo, edad, grado de estudios, categoría laboral, horas laboradas a la semana, antigüedad laboral y turno laboral).

Para medir la cultura de seguridad del paciente, se autoadministró el cuestionario sobre seguridad de los pacientes (CSP), versión española del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, elaborado por la *Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR* y validado al contexto español por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en el 2005. La confiabilidad por alfa de Cronbach es de 0.96.¹⁶ Se empleó este instrumento, dado que funciona como lineamiento técnico para medir la cultura de seguridad del paciente en México.⁷ El instrumento contiene 12 dimensiones, distribuidas en 42 reactivos (Cuadro I); del total de reactivos, 24 están formulados en sentido positivo y 18 en negativo.

La escala de respuesta fue de tipo Likert de 1 a 5, en la cual 1 corresponde a *Muy en desacuerdo* y *Nunca*; 2 a *En desacuerdo* y *Casi nunca*; 3 a *Ni de acuerdo ni en desacuerdo* y *A veces*; 4 a *De acuerdo* y *Casi siempre*, y 5 a *Muy de acuerdo* y *Siempre*. Al final del cuestionario se incluyen dos preguntas de resultado: una acerca de la calificación de seguridad del paciente, en escala de 0 a 10; las calificaciones pueden ser: mala (de 0-2 puntos), deficiente (3-4 puntos), regular (5-6 puntos), buena (7-8 puntos) y excelente (9-10 puntos); y la segunda respecto del número de incidentes notificados en el último año. Los cuestionarios se proporcionaron impresos al inicio del turno y se recolectaron al final.

En el análisis de las dimensiones,¹⁶ se invirtió la escala de las preguntas formuladas en sentido negativo y con posterioridad las respuestas se recodificaron en tres categorías: negativa, neutral y positiva (Cuadro II).

Una vez hecha la recodificación, se calculó el porcentaje de respuestas negativas, neutras y positivas de los reactivos y de cada dimensión. A continuación se calculó el indicador compuesto de cada dimensión con aplicación de la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas positivas en los reactivos de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los reactivos de una dimensión}}$$

A partir del cálculo del indicador compuesto, el autor del instrumento propone clasificar las dimensiones como fortalezas u oportunidad de mejora. Los puntos

de corte para las fortalezas y oportunidad de mejora dependen de la estructura positiva o negativa de la pregunta formulada. En este sentido, las fortalezas se identifican con los siguientes criterios alternativos: a) $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en sentido positivo, o b) $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en sentido negativo. Por su parte, las dimensiones consideradas como oportunidad de mejora deben cumplir los siguientes criterios: c) $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en sentido positivo, o d) $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en sentido negativo.

Por último, para uso exclusivo de esta investigación, el grado de cultura de seguridad del paciente se obtuvo mediante la sumatoria de la puntuación Likert de los reactivos que conforman el instrumento. La puntuación máxima fue de 210 y la mínima de 42. Después se calculó el promedio general de la población y se clasificó conforme a lo siguiente: mala cultura de seguridad del paciente (0-42 puntos), deficiente (42-84 puntos), regular (85-126 puntos), buena (127-168 puntos) y excelente (169-210 puntos).

La prueba piloto se llevó a cabo con 30 trabajadores de enfermería de otra institución. El análisis de datos se efectuó con el programa computacional de IBM SPSS, versión 25. La distribución simétrica de los datos se determinó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó estadística descriptiva, U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis.¹⁷ La investigación se apegó a los principios éticos y legales dispuestos en la Ley General de Salud en materia de Investigación en México, como investigación de categoría I: sin riesgo,¹⁸ con número de registro: R-2018-101-013.

Resultados

La edad del personal de enfermería fue $\bar{X} = 36.6 \pm 7.8$ años (34.4, 38.7; IC95%). La antigüedad laboral fue $\bar{X} = 13.4 \pm 7.6$ años (11.3, 15.6; IC95%). Las horas laboradas a la semana fue de $\mu d = 40$ horas. El 71.2% correspondió a mujeres. El 32.7% contaba con carrera técnica completa. El 46.1% pertenecía al turno laboral vespertino y el 61.5% a enfermeros generales (Cuadro III).

La dimensión *Aprendizaje organizacional* contó con el 57.7% de respuestas positivas. Las dimensiones restantes mostraron respuestas neutras (Cuadro IV). No se identificaron fortalezas u oportunidad de mejora en alguna dimensión.

En cuanto a los reactivos relevantes de cada dimensión, se identificó que en la dimensión 1, *Frecuencia*

Cuadro I. Conformación del cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Dimensión	Definición	Reactivos
1. Frecuencia de efectos adversos notificados	Frecuencia con la que se informan los errores que en apariencia no dañan al paciente, que se descubren y corrigen antes de dañar al paciente y que podrían dañar al paciente	40,41,42
2. Percepción de seguridad	Percepción respecto de la seguridad de los procesos de atención y los problemas relacionados con la seguridad del paciente	10,15,17,18
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad del paciente	Participación de los jefes o supervisores para atender los problemas de seguridad del paciente, así como las expectativas que tienen los jefes respecto de la participación del personal para aplicar los procedimientos de seguridad del paciente. Además, evalúa si el jefe toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	19,20,21,22
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	Acciones de mejora emprendidas cuando se detecta alguna falla durante el proceso de atención, con la finalidad de evitar su recurrencia. También evalúa la efectividad de las acciones que se pusieron en marcha para mejorar la seguridad del paciente	6,9,13
5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Apoyo mutuo del personal del mismo departamento o servicio, el trato respetuoso y el apoyo entre los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo	1,3,4,11
6. Franqueza en la comunicación	Libertad que tiene el personal para expresar los aspectos negativos que puedan afectar la atención que recibe el paciente, así como la libertad del personal para cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores	35,37,39
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	Información que se difunde al personal respecto de los incidentes que ocurren en un servicio y las acciones emprendidas para evitar su aparición	34,36,38
8. Respuesta no punitiva a los errores	Opinión del personal respecto de la actitud de los compañeros o superiores cuando se enteran de que han cometido algún error, que se utiliza en su contra o se buscan culpables. El personal que comete el error teme que esto quede registrado en su expediente personal	8,12,16
9. Dotación de personal	Permite conocer si la plantilla del personal es suficiente para atender las jornadas laborales, sobre todo durante las excesivas y agotadoras cargas de trabajo. Asimismo, mide la frecuente participación del personal eventual o temporal, que en ocasiones representa una dificultad para mejorar la atención al paciente	2,5,7,14
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Evalúa la prioridad que tiene el director del hospital para la seguridad del paciente. Propicia también un clima laboral en beneficio de la seguridad del paciente. Además, evalúa el interés que tiene el director para la seguridad del paciente, sólo después de la aparición de un efecto adverso	23,30,31
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Cooperación y coordinación de los trabajadores al realizar tareas con integrantes de otros departamentos	24,26,28,32
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Evalúa el manejo de la información de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro, o durante los cambios de turno	25,27,29,33

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, 2005 y Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, 2017. Elaboración propia

Cuadro II. Recodificación de las respuestas de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

Recodificación de las respuestas				
Negativa		Neutral	Positiva	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, 2005.

Cuadro III. Sexo, grado académico, turno y categoría laboral del personal de enfermería perioperatoria (n = 52)

Variable		f	%
Sexo	Mujer	37	71.2
	Hombre	15	28.8
Grado académico	Carrera técnica completa	17	32.7
	Postécnico	14	26.9
	Licenciatura	16	30.8
	Especialidad	4	7.7
	Maestría	1	1.9
Turno laboral	Matutino	21	40.4
	Vespertino	24	46.1
	Nocturno	7	13.5
Categoría laboral	Auxiliar de enfermería	1	2.0
	Enfermero general	32	61.5
	Enfermero especialista	19	36.5

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos y laborales. Aguascalientes, 2018.

de efectos notificados, el 38.5% notificó errores que no dañaron de manera física o psicológica al paciente, si bien el 42.3% ha señalado fallas que terminaron en efectos adversos. En la dimensión 2, *Percepción de seguridad*, el 36.5% refirió aumento del ritmo de trabajo, aun cuando esto pone en riesgo la seguridad del paciente. En este punto, el personal externó de manera verbal las inconformidades sobre el número de operaciones por turno, el tiempo disponible para equipar la sala, el tiempo requerido para el lavado e integración del instrumental, el tiempo para el aseo de la sala quirúrgica y la razón enfermera-paciente en el área de recuperación posanestésica, esta última entendida como el número mínimo de personal de enfermería a cargo de cierta cantidad de pacientes. En la institución en la que se llevó a cabo el estudio, corresponde a una

enfermera por cada seis o siete pacientes prequirúrgicos o posquirúrgicos, independientemente de la complejidad de los cuidados. En la dimensión 3, *Expectativas y acciones de la dirección*, el 28.8% se mostró en desacuerdo ante la expresión de satisfacción del superior cuando se evitan riesgos. En la dimensión 4, *Aprendizaje organizacional*, el 53.8% tuvo actividades dirigidas a mejorar la seguridad y el 53.8% adoptó medidas para prevenir otro fallo, como el *time out* de la operación segura. En cambio, el 46.2% fue indiferente ante la evaluación de la efectividad de los cambios realizados. En la dimensión 5, *Trabajo en equipo*, el 51.9% mencionó apoyarse mutuamente, y el 48.1% encontró ayuda en los compañeros ante la sobrecarga laboral. En la dimensión 6, *Franqueza en la comunicación*, el 42.3% habló con total libertad de lo que afectó la seguridad y el 51.9% sintió temor al realizar preguntas sobre lo que realizó de forma incorrecta, por su estado laboral, grado de conocimiento y sanción de la acción. En la dimensión 7, *Retroalimentación*, el 51.9% refirió que se le informó sobre las actuaciones que se llevaron a cabo tras la notificación de incidentes, el 50% analizó de qué manera podía evitar la aparición de otro error. En la dimensión 8, *Respuesta no punitiva a los errores*, el 42.3% temió que el error quedara documentado en su expediente. En la dimensión 9, *Dotación de personal*, el 42.3% estuvo de acuerdo con la suficiencia del personal, pero el 44.2% se mostró indiferente ante la presencia de personal sustituto o temporal. En la dimensión 10, *Apoyo de la gerencia del hospital*, el 42.3% se mostró indiferente ante el clima laboral que favorece la seguridad. En la dimensión 11, *Trabajo en equipo entre unidades*, el 44.2% fue indiferente ante la cooperación entre servicios. Por último, en la dimensión 12, *Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios*, el 42.3% mencionó que la información del paciente se pierde cuando se transfiere entre los servicios, y el 40.4% fue indiferente ante la pérdida de información en los cambios de turno.

Cuadro IV. Respuestas negativas, neutras y positivas de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente percibida por enfermería perioperatoria ($n = 52$)

Dimensión	Negativas		Neutras		Positivas	
	f	%	f	%	f	%
1. Frecuencia de efectos notificados	3	5.8	28	53.8	21	40.4
2. Percepción de seguridad	0	0.0	52	100.0	0	0.0
3. Acciones de la dirección/supervisión que favorece la seguridad del paciente	4	7.7	39	75.0	9	17.3
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	2	3.8	20	38.5	30	57.7
5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	0	0.0	31	59.6	21	40.4
6. Franqueza en la comunicación	4	7.7	41	78.8	7	13.5
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	8	15.4	29	55.8	15	28.8
8. Respuesta no punitiva a los errores	3	5.8	32	61.5	17	32.7
9. Dotación de personal	3	5.8	45	86.5	4	7.7
10. Apoyo de la gerencia en seguridad del paciente	6	11.5	37	71.2	9	17.3
11. Trabajo en equipo entre unidad/servicio	1	2.0	45	86.5	6	11.5
12. Cambios de turno y transiciones entre unidad/servicio	7	13.5	43	82.7	2	3.8

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Aguascalientes, 2018.

La calificación de seguridad del paciente, en escala de 0 a 10, fue de $\mu d = 8$, que significa buena calificación. El 82.7% de los sujetos notificó cero incidentes en el último año.

El grado de cultura de seguridad del paciente fue de $\mu d = 133$ puntos, lo que se clasifica como buena cultura de seguridad del paciente en el 73% de los casos (Fig. 1). No se encontró diferencia significativa a través de la prueba U de Mann-Whitney entre la cultura de seguridad del paciente y el sexo del personal de enfermería ($p = 0.08$). Se utilizó la H de Kruskal-Wallis para las variables restantes. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el turno laboral ($p = 0.02$). El turno vespertino mostró mayor cultura de seguridad del paciente, con $\mu = 132.3$ puntos (Cuadro V).

Discusión

La frecuencia de efectos notificados mostró 53.8% de respuestas neutras. En contraparte, las investigaciones realizadas en Cuba,⁸ Argentina¹⁰ y México¹⁴ registraron respectivamente 87.0%, 59.8% y 48.7% de respuestas positivas. Sin embargo, aun cuando esta dimensión resultó neutra en este estudio, el personal de enfermería tiende a notificar los efectos adversos de manera

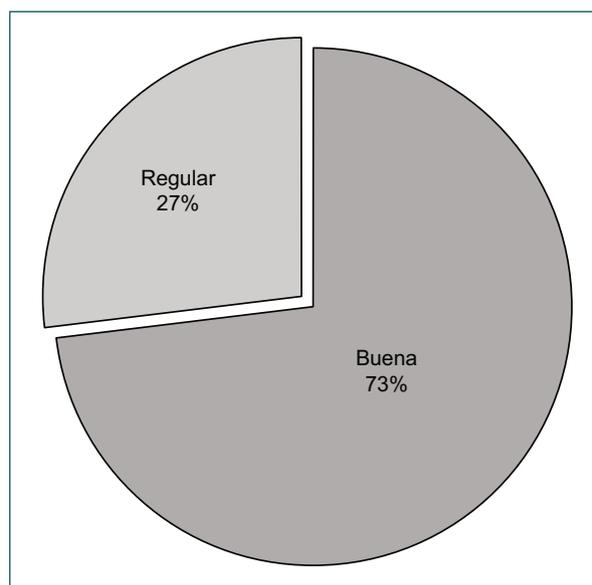


Figura 1. Grado de cultura de seguridad del paciente percibida por enfermería perioperatoria ($n = 52$)
Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Aguascalientes, 2018.

electrónica, al margen de que produzca al final o no daño al paciente. Lo anterior favorece el seguimiento del caso hasta la restauración de la salud o el egreso

Cuadro V. Sumatoria de la cultura de seguridad del paciente y variables sociodemográficas y laborales de enfermería perioperatoria ($n = 52$)

Variable	H	Sig
Edad	9.871	0.13
Grado de estudios	6.093	0.19
Categoría laboral	3.924	0.14
Horas laboradas a la semana	3.776	0.15
Antigüedad laboral	8.230	0.14
Turno laboral	7.346	0.02*

H: H de Kruskal-Wallis; Sig = significancia estadística bilateral. * $p \leq 0.05$.
Fuente: Cédula de datos sociodemográficos y laborales y Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Aguascalientes, 2018.

hospitalario del paciente. A su vez, debe considerarse que en México la cultura promotora del informe de efectos adversos ha cobrado mayor auge a partir de la adopción de las 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. La percepción de seguridad mostró el 100% de respuestas neutras. En comparación, Pérez Bolaños⁸ publicó 88.9% de respuestas positivas. La diferencia puede explicarse por el número de personas encuestadas en ambos estudios, ya que el segundo estudio incluyó a 18 trabajadores de la salud; sin embargo, en esta investigación llama la atención la indiferencia del personal acerca de los procedimientos aplicados para promover el cuidado libre de riesgos. Dentro de los protocolos instituidos por la institución en el entorno quirúrgico se encuentran la verificación preoperatoria, el *time out* y la supervisión en el manejo de antisépticos. Las acciones de la dirección que favorecen la seguridad del paciente mostraron el 75% de respuestas neutras. Al respecto, Pinheiro y da Silva¹¹ registraron respuestas negativas en el 41.8%. Lo anterior muestra que los trabajadores de ambos países perciben cierta indiferencia por parte de los gestores de las instituciones sanitarias en materia de seguridad del paciente. La única dimensión que obtuvo respuestas positivas fue el aprendizaje organizacional, con el 57.7%. De manera similar, otros investigadores comunicaron respuestas positivas en el 57%,¹⁴ 75.0%⁸ y 100%.¹⁰ En este estudio, la mitad del personal de enfermería perioperatoria señaló que recibió actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. Esto representa un área de oportunidad en la detección de necesidades de capacitación en el entorno quirúrgico, ya sea de manera programada o incidental, con la finalidad de que el trabajador sea un agente activo en el proceso de

enseñanza-aprendizaje y fomente la transmisión del conocimiento entre pares, según sea su área de pericia. El trabajo en equipo en la unidad mostró el 59.6% de respuestas neutras; en contraste, Pinheiro y da Silva¹¹ notificaron el 46% de respuestas positivas. Debe mencionarse que en este último estudio, el 11.4% pertenecía al servicio de cirugía y el 11.9% a la unidad quirúrgica. Esta distinción radica en que en la unidad quirúrgica no siempre existe personal disponible para acudir al llamado inmediato de otro compañero, dado que las funciones asignadas a enfermería en el período transoperatorio limitan la atención simultánea con más de un paciente a la vez. En este contexto, el 51.9% mencionó apoyarse mutuamente y el 48.1% encontró ayuda en los compañeros ante la sobrecarga laboral. La franqueza en la comunicación obtuvo el 78.8% de respuestas neutras. Otros autores registran respuestas positivas en esta dimensión, con 50.1%¹⁰ y 31.7%.¹⁴ En este punto, Merino Plaza, *et al.*¹² asumen que la franqueza en la comunicación, las acciones de la supervisión que promueven la seguridad y los problemas en los cambios de turno se relacionan con el grado de seguridad, con un OR ≥ 10 . Por esa razón es importante transmitir confianza al personal para que pueda hablar sin temor acerca de la seguridad del paciente y participar en la gestión de riesgos de la atención quirúrgica. La retroalimentación y la comunicación sobre errores representaron el 55.8% de respuestas neutras. Por su parte, Ramos, *et al.*¹⁰ y Mir Abellán, *et al.*¹³ identificaron respuestas positivas en el 64.4% y 42%, respectivamente. En este punto es importante comunicar a los trabajadores en relación con las áreas de oportunidad identificadas, a fin de prevenir efectos consecutivos no deseables, bajo la premisa de que la cultura de seguridad del paciente tiene un enfoque proactivo y no reactivo. La respuesta no punitiva a los errores presentó el 61.5% de respuestas neutras; en contraste, otras investigaciones registraron el 42.4%¹⁰ y 68.8%¹⁴ de respuestas negativas, en tanto que las respuestas positivas en esta dimensión alcanzaron el 43.4%.¹³ Estos resultados pueden diferir por la relación que existe entre la franqueza de la comunicación, la retroalimentación y la respuesta no punitiva a errores en las diversas instituciones sanitarias. Sin embargo, es necesario resaltar que para conseguir un cambio en la cultura de seguridad, lo más importante no es conocer quién causó el problema, sino saber ¿qué ocurrió?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué?, ¿qué factores intervinieron?, ¿cómo se pudo evitar? y ¿qué debe hacerse para que no se repita?¹⁹ En cuanto a la dotación de personal, el 86.5% mencionó respuestas neutras. Bernalte Martí, *et*

al.⁹ informaron el 64% de respuestas negativas, lo cual difiere de lo encontrado por Mir Abellán, et al.¹³ quienes publicaron el 59.6% de respuestas positivas en la dotación de personal. La dimensión apoyo de la gerencia en seguridad del paciente mostró el 71.2% de respuestas neutras; no obstante, por su parte, González Salinas¹⁴ refirió que tan sólo el 30% de los encuestados mostró respuestas positivas. La indiferencia mostrada por el personal de enfermería en las dimensiones de dotación de personal y apoyo de la gerencia en seguridad del paciente puede relacionarse por la calidad de vida laboral que perciben, ya que mantienen puntajes bajos en el apoyo institucional para el trabajo e integración al puesto de trabajo.²⁰ El trabajo en equipo entre unidades representó el 82.7% de respuestas neutras, cifra mayor a la obtenida por Pinheiro y da Silva,¹¹ que notificaron en su estudio 34.52% de respuestas neutras. Lo anterior resulta interesante porque la mayor parte del personal mostró indiferencia ante la colaboración con otros servicios. En consecuencia, para preservar la seguridad del paciente durante el período perioperatorio, ya sea inmediato o mediato, la unidad quirúrgica debe mantener una coordinación eficaz con los servicios de urgencias, terapia intensiva y hospitalización. En la dimensión de cambios de turno, el 82.7% expresó respuestas neutras. En este punto, cerca de la mitad de los trabajadores refirió la pérdida de información del paciente cuando se transfiere entre servicios y en el cambio del turno laboral. Esta situación es contraria a la comunicada en Brasil,¹¹ donde la pérdida de información entre los turnos mostró el 40.71% de respuestas positivas, y los problemas en el cambio de información entre las unidades del hospital el 37.23% de respuestas positivas. Esto demuestra la necesidad de incorporar estrategias digitales en la unidad quirúrgica, a fin de evitar la pérdida de información en papel o el extravío de documentos. Además, resulta relevante considerar la implementación de quirófanos híbridos e inteligentes en el sector salud mediante dispositivos quirúrgicos de vanguardia, pantallas táctiles, controles de voz y sensores de movimiento, que hagan posible realizar procedimientos quirúrgicos eficazmente y almacenar la información de forma segura.

En esta investigación no se encontraron fortalezas ni áreas de oportunidad en la cultura de seguridad del paciente. Bernalte Martí, et al.⁹ tampoco identificaron fortalezas en la unidad quirúrgica de España. Algunos autores enuncian como fortalezas la retroalimentación,⁸ el aprendizaje organizacional¹⁰ y el trabajo en equipo en la unidad,^{10,13} en tanto que las dimensiones clasificadas como áreas de oportunidad fueron el trabajo en equipo en la unidad, la respuesta no punitiva,

la retroalimentación en errores, la apertura en la comunicación,⁸ el apoyo de la gerencia del hospital⁹ y la dotación de personal.^{9,10} La diferencia se debe a que en esta investigación la mayoría de las dimensiones mostró respuestas neutras.

En cuanto al análisis de la cultura de seguridad del paciente y las variables sociodemográficas y laborales, sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el turno laboral ($p = 0.02$). En este sentido, el turno vespertino tuvo mayor cultura de seguridad del paciente, lo cual puede explicarse por la programación quirúrgica de la institución de interés, ya que el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el turno matutino es en ocasiones mayor al número de operaciones programadas para el turno vespertino, entre dos y tres intervenciones quirúrgicas distribuidas en una jornada laboral de ocho horas por las mañanas, en tanto que el turno nocturno dispone del equipo quirúrgico para las operaciones de urgencia o emergencia. Por su parte, otros investigadores encontraron resultados significativos entre el grado de seguridad del paciente, el tipo de contrato, la antigüedad laboral y la categoría profesional.^{12,13} Estos resultados difieren del contexto mexicano debido a que se incluyó tan sólo al personal con contratación indefinida. Además, en los estudios citados no se especifica qué significa el término *categoría profesional* para cada país en cuestión (¿se trata del grado académico del personal o de una categoría contractual para la empresa?). En esta investigación, la categoría laboral alude a la complejidad de los cuidados que proporcionará el personal de enfermería, para lo cual se contrata laboralmente. Debe mencionarse que para este estudio el personal no profesional puede desempeñar funciones de enfermero especialista, pues la institución aún no se ha incluido en el plano nacional dentro del régimen de profesionalización.

De manera global, la diferencia de los resultados obtenidos entre México,¹⁴ Argentina,¹⁰ Brasil¹¹ y España^{9,12,13} puede explicarse por la cantidad de intervenciones quirúrgicas practicadas, ya que la institución de seguridad pública de interés registra en promedio 769 intervenciones al mes.⁵ Además, en México la concientización en los trabajadores de la salud sobre la cultura de la seguridad es de reciente aparición.⁷

Conclusiones

El aprendizaje organizacional mostró respuestas positivas y la cultura de seguridad del paciente fue *buena*. Se evidenció diferencia significativa entre la

cultura de seguridad y el turno laboral. El turno vespertino mostró mayor cultura de seguridad del paciente.

Los resultados expuestos revelan la necesidad de intervenir en la cultura de seguridad del paciente a partir de estrategias innovadoras en gestión, tales como el empleo de las teorías organizacionales, la gestión del cambio¹⁹ y las metodologías de calidad, entre ellas *Lean Six Sigma* y la mejora continua.²¹⁻²³

La limitante del estudio consistió en que sólo se incluyó al personal de enfermería responsable del cuidado preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio inmediato. En futuras investigaciones se considera pertinente incluir a todo el equipo quirúrgico (enfermera, cirujano, ayudante del cirujano y anestesiólogo), además del departamento de inhaloterapia, técnicos en laparoscopia, técnicos en implantes y prótesis, camillería y personal de limpieza, a partir de muestreo polietápico con afijación proporcional. Asimismo, se sugiere concordar la cultura de seguridad del paciente percibida por los empleados y la seguridad de la atención percibida por el paciente quirúrgico. Además, es trascendente diseñar un instrumento exclusivo para medir la cultura de seguridad del paciente en la unidad quirúrgica a partir de la validez de constructo, de contenido, aparente y de criterio.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Martha Yolanda Sierra Bernal, Jefa Delegacional de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Aguascalientes; a Ma. del Rosario López Guerrero, Jefa de Enfermería del Hospital General de Zona No. 1; y a Arcelia Martínez García, Subjefa de la Unidad Quirúrgica, por las facilidades otorgadas para la realización del estudio, su compromiso constante con el desarrollo de la profesión y la seguridad del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no se posee ningún conflicto de intereses vinculado al presente estudio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine, 2000. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf
4. Ibáñez-León JC, Zárate-Grajales RM, Salcedo-Álvarez RA. Factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención en el paciente hospitalizado. Resultados preliminares. Rev CONAMED. 2014;19(4):157-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2014/con144c.pdf>
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de productividad anual de intervenciones quirúrgicas. Aguascalientes, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017.
6. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=60CD6A025F10A03FE0443967AEE1595C?sequence=1
7. Consejo de Salubridad General. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2017. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/slider/Acciones_Esenciales_Seguridad_Paciente.pdf
8. Pérez-Bolaños L. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. Rev Cubana Enferm. 2017;33(2):348-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2017/cnf172o.pdf>
9. Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler M. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. Enfermería Clínica. 2015;25(2):64-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862114001223>
10. Ramos F, Coca SM, Abeladano RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Univ. 2017;14(1):47-53. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316300720?token=31A4C1883535B-C A 1 2 7 4 0 6 8 3 C 0 9 D B 8 8 B B D 7 5 A - 787F5404413F3192F13F659189A83BB529C01D3B-1DA15B618D3A10B31340>
11. Pinheiro MP, da Silva OC. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Enfermería Glob.

- 2017;16(1):309-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5777918>
12. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Castillo-Blasco M, Martínez-Asensi A, Martínez-Capella R, Fikri-Benbrahim N. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40(1):43-56. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v40n1/1137-6627-asisna-40-01-00043.pdf>
 13. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, De La Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit*. 2017;31(2):145-9. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911116301777?token=F26BF2330E88E74A24AECC032D-61B75F-8540289383DFCCD681F67E856952FBFEBEB5EFD-F2BDB8340D53D1FF2E48D9905>
 14. González-Salinas F, Rangel-Torres S, Pineda-Zúñiga MM, Meléndez-Méndez C APG. Percepción de enfermería de la cultura de seguridad. En: *Calidad y seguridad en la atención del paciente*. México: Trillas, 2016:97-102.
 15. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C. Metodología de la investigación. En: *Metodología de la investigación*. 6° ed. México: McGraw Hill, 2014.
 16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
 17. Castilla Serna L. Manual Práctico de Estadística para las Ciencias de la Salud. México: Trillas, 2011.
 18. Congreso de la Unión. Reglamento de la de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
 19. Robbins SP, Judge TA. *Comportamiento organizacional*. 17ma ed. Comportamiento organizacional. México: Pearson, 2017.
 20. Navarro-Rodríguez DC, Cheverría-Rivera S, Múniera-Gaviria HA. Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería en una institución de segundo nivel de atención en Aguascalientes. *LUX MEDICA*. 2018;39:3-10. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/1328>
 21. Lynn DM, Rampersad SE, Low D, Reed MA. Mejora de los procesos en el quirófano mediante la aplicación de la metodología Lean de Toyota. *Rev Colomb Anestesiol*. 2014;42(3):220-8. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120334714000598?token=510C76A0B242A9FBF5C9067F35198AD27F-4DA22FC3410AB386CFDBE827530FC11E49BE-8DC600C4C374D2E787EC5CC28E>
 22. Donabedian A. Investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Méx*. 1986;28(3):324-7. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/363/353>
 23. Torres M, Vásquez Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*. 2015;18(35):57-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Navarro-Rodríguez DC, Pérez-González JC, Ruiz-Espinosa C, Cruz-Ruiz MA, Flores-Murillo E, Torres-Rodríguez H. Cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(3):222-231