

ORIGINAL

Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un área de críticos



R.M. Peradejordi-Torres (RN)* y J. Valls-Matarín (PhD, MSR, RN)

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 10 de julio de 2022; aceptado el 4 de noviembre de 2022

Disponible en Internet el 16 de enero de 2023

PALABRAS CLAVE

Seguridad del
paciente;
Cuidados intensivos;
Evento adverso

Resumen

Introducción: El área de críticos (AC) es una de las más complejas dentro del sistema hospitalario, se requiere un elevado número de intervenciones e información, por tanto, son susceptibles de padecer más incidentes que comprometan la seguridad del paciente.

Objetivo: Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del equipo asistencial en un área de críticos.

Método: Estudio descriptivo transversal, septiembre de 2021, en un AC polivalente con 45 camas, 118 sanitarios (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). Se recogieron variables sociodemográficas, conocimiento del responsable en seguridad del paciente (SP), formación en SP y en el sistema de notificación de incidentes. Se utilizó el cuestionario validado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* que evalúa 12 dimensiones. Se consideró una dimensión como fortaleza con $\geq 75\%$ respuestas positivas y debilidad con $\geq 50\%$ respuestas negativas. Estadística descriptiva y análisis bivariable: prueba de χ^2 y *t* de Student, y ANOVA. Significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados: Se recogieron 94 cuestionarios (79,7% muestra). La valoración del grado de SP fue 7,1 (1,2) sobre 10. El personal polivalente la puntuó con 6,9 (1,2) vs. 7,8 (0,9) del personal sin rotación ($p = 0,04$); 54,3% ($n = 51$) conocía el procedimiento para notificar un incidente, de los cuales, 53% ($n = 27$) no notificó ninguno en el último año. Ninguna dimensión alcanzó grado de fortaleza. Fueron detectadas como debilidad: percepción de seguridad: 57,7% (IC 95%: 52,7-62,6), dotación de personal: 81,7% (IC 95%: 77,4-85,2) y apoyo de gerencia: 69,9% (IC 95%: 64,3-74,9).

Conclusiones: La valoración del grado de SP en el AC es moderadamente alta, aunque el personal polivalente tiene una apreciación inferior. La mitad del personal no conoce cómo notificar un incidente. La tasa de notificación es baja. Las debilidades detectadas son percepción de seguridad, dotación de personal y apoyo de gerencia. El análisis de la cultura de seguridad puede ser útil para implementar medidas de mejora.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmperadejordi@yahoo.es (R.M. Peradejordi-Torres).

KEYWORDS

Patient safety;
Intensive care;
Adverse event

Perception of the safety culture in a critical area**Abstract**

Introduction: Critical Care Area (CCA) is one of the most complex in the hospital system, requiring a high number of interventions and handling of amounts of information. Therefore, these areas are likely to experience more incidents that compromise patient safety (PS).

Aim: To determine the perception of the healthcare team in a critical care area about the patient safety culture.

Method: Cross-sectional descriptive study, September 2021, in a polyvalent CCA with 45 beds, 118 health workers (physicians, nurses, auxiliary nursing care technicians). Sociodemographic variables, knowledge of the person in charge in PS and their general training in PS and incident notification system were collected. The validated Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire, measuring 12 dimensions was used. Positive responses with an average score $\geq 75\%$, were defined as an area of strength while $\geq 50\%$ negative responses were defined as an area of weakness. Descriptive statistics and bivariate analysis: χ^2 and t-Student tests, and ANOVA. Significance $p \leq 0.05$.

Results: 94 questionnaires were collected (79.7% sample). The PS score was 7.1 (1.2) range 1-10. The rotational staff scored the PS with 6.9 (1.2) compared to 7.8 (0.9) for non-rotational staff ($p = 0.04$). A 54.3% ($n = 51$) was familiar with the incident reporting procedure, 53% ($n = 27$) of which had not reported any in the last year. No dimension was defined as strength. There were three dimensions that behaved like a weakness: security perception: 57.7% (95% CI: 52.7-62.6), staffing: 81.7% (95% CI: 77.4-85.2) and management support: 69.9% (95% CI: 64.3-74.9).

Conclusions: The assessment of PS in the CCA is moderately high, although the rotational staff has a lower appreciation. Half of the staff do not know the procedure for reporting an incident. The notification rate is low. The weaknesses detected are perception of security, staffing and management support. The analysis of the patient safety culture can be useful to implement improvement measures.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce / Qué aporta?

Medir la cultura de seguridad es un indicador de buenas prácticas y promoverla disminuye la aparición de eventos adversos. La cultura de seguridad en las áreas de críticos es un tema poco explorado tras la crisis de la COVID-19, afrontar de nuevo esta temática ofrece la oportunidad de seguir mejorando.

Implicaciones del estudio

Detectar los puntos débiles permite realizar actividades encaminadas a promover la seguridad en el área de críticos. Debemos optimizar la dotación del personal, mejorar la tasa de notificación de eventos adversos e implementar la formación del personal sanitario en seguridad y, así también, mejorar la percepción de seguridad y la de apoyo de la gerencia.

Introducción

La seguridad de los clientes es un concepto que preocupa a todo tipo de empresas desde el siglo pasado¹. En 1999, *el Institute of Medicine* de EE. UU publicó el estudio «To Err is Human: Building a Safer Health System»², dándose a conocer que los eventos adversos (EA) en el sistema sanitario, entendiéndose como daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base³, eran una de las principales causas de muerte.

A raíz del estudio estadounidense, se iniciaron acciones relacionadas con la seguridad de los pacientes a nivel mundial⁴. En España, se realizó el Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos⁵ (ENEAS) y el estudio de Seguridad y Riesgo del Enfermo Crítico (SYREC)⁶, donde se estableció una incidencia de sufrir un EA de 9,3 y 33,8%, respectivamente, de los cuales, un alto porcentaje, 42,8 y 60%, eran posiblemente evitables.

Paralelamente, se iniciaron los sistemas de notificación de EA en el sistema sanitario, con el propósito de aprender de los errores, ya que es a través de su análisis cuando se pueden establecer medidas de mejora. De hecho,

en 2013, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya puso en marcha la plataforma digital denominada TPSC Cloud (*The Patient Safety Company*), herramienta para notificar todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, de carácter voluntario, confidencial, no punitivo y anónimo.

La cultura de seguridad se define como el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización^{7,8}, dirigidos a minimizar los riesgos de dañar al paciente derivados de la práctica asistencial^{9,10}. En consecuencia, disponer de un análisis sistemático es crucial para iniciar cambios en la filosofía de individuos, colectivos e instituciones.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son unas de las más complejas del sistema hospitalario debido al alto grado de tecnificación. Pacientes cada vez más complejos, que requieren un elevado número de intervenciones y el manejo de gran cantidad de datos. Por tanto, estas características, intrínsecas al paciente crítico, no son modificables y lo predisponen a ser más susceptible a padecer sucesos no deseables^{4,6,11}.

La investigación de la cultura de seguridad se puede considerar el primer paso para lograr una mejora en la seguridad del paciente y después de la crisis de la COVID-19 es necesario volver a hablar sobre ella, ya que son escasas las evaluaciones realizadas durante este período en nuestro medio. Por este motivo, se llevó a cabo este estudio de investigación con el objetivo de determinar la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente del equipo asistencial de un área de críticos (AC).

Método

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en un AC de adultos durante el mes de septiembre de 2021. El área consta de dos unidades de UCI con 20 camas y una unidad de semicríticos con 25 camas. No se realizó cálculo del tamaño muestral mediante fórmula matemática, ya que se incluyó al total de la población por su accesibilidad. La muestra estaba formada por 118 profesionales del equipo asistencial del área: personal de enfermería compuesto por 78 enfermeras y 22 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), y 18 médicos, independientemente de su contrato laboral, los años de experiencia laboral o los de experiencia en críticos. Se excluyeron aquellos que no desearon participar.

Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario autoadministrado sobre seguridad del paciente, versión española de *Hospital Survey on Patient Safety Culture* desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)¹², validado al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia en 2005¹³.

Dicho cuestionario consta de 42 ítems agrupados en 12 dimensiones y divididos en tres secciones:

- Sección A. Servicio/Unidad: 22 preguntas con respuesta mediante escala Likert con rangos entre muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo.
 - Sección B. Hospital: 11 preguntas con respuesta mediante escala Likert con rangos entre muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo.
 - Sección C. Comunicación en el servicio: 9 preguntas con respuesta mediante escala Likert con rangos entre nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre.
- El cuestionario también incluye un último apartado con información complementaria, con un total de 12 preguntas cerradas y una abierta. Una pregunta sobre valoración del grado de seguridad del paciente en el AC, con una escala de Likert de 10 puntos, siendo 0 la mínima y 10 la máxima seguridad. Once preguntas sobre características sociodemográficas y laborales: profesión (médico/enfermera/TCAE), servicio (UCI/semicríticos/polivalente [definiéndose como polivalente aquel individuo que desarrolla su jornada laboral tanto en AC como en otros servicios del hospital]), contacto con el paciente (sí/no) y número de incidentes comunicados en el último año. Las preguntas del cuestionario original sobre años de profesión, años de trabajo en el hospital y años de trabajo en el servicio, al no afectar a la validación o constructo del cuestionario, se englobaron en una sola pregunta: años totales de experiencia profesional. Se añadieron edad/sexo y otras preguntas importantes para el ámbito en el cual se desarrolló el estudio como: formación sobre la plataforma TPSC Cloud (sí/no), conocimiento sobre cómo realizar la notificación a través de TPSC Cloud (sí/no), conocimiento de la figura responsable de la seguridad en el servicio (sí/no) y formación general en seguridad del paciente (sí/no).
- Se incluyó, al inicio de la encuesta, un apartado con información sobre el tiempo de cumplimentación del cuestionario y consentimiento informado, el cual era imprescindible otorgar para acceder al mismo.
- El cuestionario se distribuyó de manera digital en formato Google Forms mediante dos sistemas: grupo de WhatsApp del servicio y con código QR habilitado en el área a través de pósteres informativos. Se envió un recordatorio a los 15 días mediante el mismo sistema. Al tratarse de un formulario digital permitió elaborarlo de forma que todas las preguntas, exceptuando la abierta, fueran de respuesta obligada. De este modo, el envío del formulario sólo era posible una vez cumplimentadas todas las respuestas.
- Los ítems del cuestionario con cinco opciones de respuesta fueron codificados en tres categorías: respuesta positiva, neutra y negativa, considerando que el cuestionario tiene preguntas formuladas tanto en positivo como negativo. Dicha codificación se realizó de la siguiente manera:
- En las preguntas formuladas en positivo se consideró como respuesta positiva: muy de acuerdo/de acuerdo/casi siempre/siempre; respuesta neutra: indiferente/a veces y; como respuesta negativa: muy en desacuerdo/en desacuerdo/nunca/casi nunca.
 - En las preguntas formuladas en negativo se consideró una respuesta positiva: muy en desacuerdo/en desacuerdo/nunca/casi nunca; respuesta neutra: indiferente/a veces y; como respuesta negativa: muy de acuerdo/de acuerdo/casi siempre/siempre.

Esto permitió el cálculo de cada dimensión aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{respuestas (positivas, negativas o neutras) en los ítems de cada dimensión} \times 100}{\text{Número de repuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Se clasificaron las dimensiones como fortalezas o debilidades de la cultura de seguridad según los criterios utilizados y recomendados por AHRQ, donde se considera una fortaleza:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (muy de acuerdo/de acuerdo o siempre/casi siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (muy en desacuerdo/en desacuerdo o nunca/casi nunca) a preguntas formuladas en negativo.

Y una oportunidad de mejora o debilidad:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (muy en desacuerdo/en desacuerdo o nunca/casi nunca) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (muy de acuerdo/de acuerdo o siempre/casi siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Las respuestas de la pregunta abierta se agruparon en cuatro temáticas recurrentes: referentes al cuestionario, sentimientos, formación y condiciones laborales.

Estadística descriptiva con media (desviación estándar), frecuencias absolutas y relativas. El porcentaje de respuestas tanto negativas como positivas se expresó con intervalo de confianza (IC) del 95%.

Análisis bivalente con *t* de Student para determinar la relación entre la valoración del grado de seguridad y variables sociolaborales (servicio, formación, categoría profesional).

Se utilizó χ^2 para determinar la relación entre las dimensiones catalogadas como debilidad y profesión (personal de enfermería/personal de medicina), sexo (hombre/mujer), servicio (UCI/ semicríticos/polivalente) y formación (sí/no).

Se realizó ANOVA para determinar la diferencia entre las dimensiones catalogadas como debilidad y años de experiencia o edad.

Se consideró el nivel de significación estadística $p \leq 0,05$.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 19 Windows® (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.).

Dicho estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución.

Resultados

Se recogieron un total de 94 cuestionarios, representando 79,7% de la muestra. La tasa de respuesta por cada colectivo fue de 83,3% para enfermeras, 78,8% para médicos y 68,2% para TCAE.

Los datos sociolaborales se muestran en la [tabla 1](#).

Valoración del grado de seguridad

La valoración del grado de seguridad del paciente en el AC obtuvo una media de 7,1 (1,2) puntos. El personal polivalente la puntuó con una media de 6,9 (1,2) puntos vs. 7,8 (0,9) ($p = 0,04$) del personal con una plaza asignada en el área.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la valoración del grado de seguridad y el hecho de tener o no formación, años de experiencia en el AC o categoría profesional (médico/personal de enfermería).

Análisis de fortalezas y debilidades

En las puntuaciones en cada dimensión ([tabla 2](#)), la percepción de trabajo en equipo dentro del AC obtuvo el mayor porcentaje de respuestas positivas con 73,4% (IC 95%: 68,7-77,6), aunque siguiendo los criterios definidos por la AHRQ, ninguna dimensión alcanzó el nivel de fortaleza en la cultura de seguridad.

En referencia a las respuestas negativas, la dimensión de percepción de seguridad con 57,7% (IC 95%: 52,7-62,6), dotación de personal con 81,7% (IC 95%: 77,4-85,2) y apoyo de la gerencia con 69,9% (IC 95%: 64,3-74,9) obtuvieron los porcentajes más altos de percepción negativa de seguridad.

Tabla 1 Características sociodemográficas y datos complementarios de la muestra (n = 94)

Edad (años) media (DE)	38,5 (9,8)
Sexo n (%)	hombre 18 (19,2) mujer 76 (80,8)
Años de experiencia profesional media (DE)	15,2 (10,2)
Categoría profesional n (%)	enfermera 65 (69,2) médico 14 (14,9) TCAE 15 (15,9)
Unidad de referencia n (%)	UCI 66 (70,2) Semicríticos 9 (9,6) Polivalente 19 (20,2)
Trabajo en contacto directo con el paciente n (%)	94 (100)
Formación general en seguridad paciente (sí) n (%)	62 (66)
Conocimiento del responsable en seguridad del servicio (sí) n (%)	22 (23,4)
Formación específica en TPSC Cloud (sí) n (%)	23 (24,5)

TPSC: *the Patient Safety Company*; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Tabla 2 Puntuaciones positivas, negativas y neutras en cada una de las dimensiones del cuestionario AHRQ

Dimensiones	Positivas % (IC 95%)	Neutras % (IC 95%)	Negativas % (IC 95%)
Frecuencia de eventos notificados	26,6 (21,8-31,1)	29,1 (24,1-34,7)	44,3 (38,5-50,1)
Percepción de seguridad	25,8 (21,7-30,5)	16,5 (13,1-20,6)	57,7* (52,7-62,6)
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad en apoyo de la seguridad	29 (24,6-33,8)	26,3 (22,1-31,0)	44,7 (39,7-49,7)
Aprendizaje organizacional/Mejora continua	49,3 (43,5-55,1)	23,7 (19,2-29,1)	27 (22,1-32,4)
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	73,4 (68,7-77,6)	9,8 (7,2-13,3)	16,8 (13,3-20,9)
Franqueza en la comunicación	35,8 (30,4-41,6)	41,3 (35,6-47,1)	22,9 (18,4-28,2)
Feedback y comunicación sobre errores	27,2 (22,4-32,8)	35,5 (30,1-41,3)	37,3 (31,8-43,1)
Respuesta no punitiva a los errores	33,0 (27,8-38,7)	24,4 (19,8-29,8)	42,6 (36,9-48,4)
Dotación de personal	8,5 (6,1-11,8)	9,8 (7,2-13,3)	81,7* (77,4-85,2)
Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	4,3 (2,5-7,3)	25,8 (21,1-31,3)	69,9* (64,3-74,9)
Trabajo en equipo entre unidades	36,1 (31,5-41,1)	26,1 (21,9-30,7)	37,8 (33- 42,8)
Problemas en cambios de turno y transacciones entre unidades	39,1 (34,3-44,1)	18,1 (14,5-22,3)	42,8 (37,9-47,9)

* Debilidad en la cultura de seguridad.

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.

No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión 2 (percepción de seguridad) y el hecho de tener o no formación, ni en relación con la categoría profesional: médico/personal de enfermería, ni en relación con los años de experiencia en el servicio.

Tampoco se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión 9 (dotación de personal) con las variables sociolaborales, como años de experiencia, formación o categoría profesional médico/personal de enfermería.

El personal de enfermería, con 90,0 vs. 57,2% del personal médico ($p < 0,01$), y las mujeres, con 89,5 vs. 66,7% de los hombres ($p = 0,04$) tuvieron una percepción más negativa de la dimensión 10 (apoyo de la gerencia).

Notificación de eventos

De todos los encuestados, 51 miembros del equipo asistencial (54,3%) manifestaron conocer el procedimiento para notificar un incidente en el TPSC Cloud, de los cuales 27 (53%) no notificaron ningún incidente en el último año, 22 (43%) notificaron entre uno y cinco incidentes y 2 (4%) entre 6 y 10. Los profesionales médicos declararon de media 1,5 (2,7) errores al año vs. 0,4 (1) del personal de enfermería ($p < 0,01$). Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento de cómo declarar un error entre el personal médico con 71,4 vs. 51,3% del personal de enfermería.

El 64,3% de los médicos afirmó conocer la figura del responsable en seguridad vs. 16,3% del personal de enfermería ($p < 0,01$).

La pregunta abierta obtuvo un total de 18 respuestas (19,14%). Se clasificó en cuatro categorías para su exploración. La percepción de carga de trabajo elevada fue la más comentada, con ocho respuestas (44,4%), seguida de insufi-

ciente formación, con siete respuestas (38,8%), complejidad del formulario TPSC Cloud, con dos respuestas (11,3%), y miedo a la comunicación de errores, con una respuesta (5,5%).

Discusión

El equipo asistencial del AC detectó debilidades en la cultura de SP, existiendo una baja notificación de EA. La puntuación del personal en cuanto a la valoración del grado de SP en el AC fue moderadamente alta, como en diversos estudios realizados recientemente en diferentes contextos hospitalarios^{7,14,15} y ligeramente inferior si lo comparamos con el realizado en una UCI española¹⁶ tras la tercera ola de la pandemia de la COVID-19, el cual obtuvo una puntuación de ocho sobre diez, y donde los profesionales con más antigüedad tuvieron una percepción más alta respecto a los de nueva incorporación. Aunque es difícil conocer el impacto sobre la valoración del grado de seguridad que ha ejercido la crisis del coronavirus en esta puntuación, en este estudio no fueron los años de experiencia sino los profesionales polivalentes los que puntuaron con casi un punto menos dicha percepción. Esto puede ser debido a que la rotación del personal impide conocer aspectos propios de cada unidad que influyen directamente en la percepción de seguridad¹⁷.

Aunque no se encontraron dimensiones que alcanzaran el nivel de fortaleza, al igual que en otros estudios^{8,14,18}, la dimensión de trabajo en equipo dentro del mismo servicio fue la que alcanzó una mayor tasa de respuestas positivas, y es que un ambiente de trabajo saludable, con una buena colaboración entre médicos y enfermería o contar con enfermeras experimentadas, como recoge la revisión bibliográfica de Al Ma'mari et al.¹⁹, mejora la percepción de la calidad de los cuidados^{4,18,20}.

Las debilidades detectadas fueron, percepción de seguridad, dotación del personal y apoyo de la gerencia. Respecto a la percepción de seguridad, entendiéndose como la creencia del profesional de estar trabajando de manera que se puede comprometer en cierta medida la seguridad del paciente, puede ser debido al ritmo de trabajo intenso de una UCI^{4,21} y a factores como la fatiga, el agotamiento emocional y las cargas de trabajo, ya que el cansancio físico y psíquico pueden alterar las funciones neurocognitivas como la capacidad de atención y concentración¹⁹. De hecho, otra dimensión detectada como debilidad fue la dotación de personal. Hay estudios consistentes sobre cargas de trabajo, que concluyen que las áreas con mayor ratio paciente/personal sanitario tienen más riesgo de presentar un EA^{22,23}. Concretamente, en el estudio de Neuraz et al.²⁴, desarrollado en ocho UCI francesas, resultó que el riesgo de muerte se incrementó en 3,5 (IC 95%: 1,3-9,1) cuando la ratio paciente-enfermera era mayor de 2,5 pacientes y en 2,0 (IC 95%: 1,3-3,2) cuando la ratio paciente-médico era superior a 14 pacientes. De igual modo, en el estudio de Khanna et al.²⁵, observaron que la estancia en UCI se prolongaba cuando la ratio paciente-enfermera aumentaba, con una tasa de riesgo de 0,96 (IC 95%: 0,94-0,98; $p < 0,001$). Como consecuencia, se puede afirmar que la ratio influye en la percepción del equipo asistencial sobre seguridad²⁶.

Resulta sorprendente, pues, que la valoración del grado de seguridad por parte de los integrantes del AC sea valorada como alto y, sin embargo, la dimensión percepción de seguridad, que engloba las preguntas específicas de este concepto fuera detectada como una debilidad. El motivo de esta posible contradicción puede ser el desconocimiento de todos los parámetros que engloba el concepto de seguridad del paciente²⁷, aunque tampoco podemos descartar la influencia de la gran presión asistencial a las que se han visto sometidas las UCI del sistema sanitario español, el cual ha tenido incluso que readaptar todos los proyectos Zero a este nuevo escenario debido a la dificultad en mantener sus recomendaciones²⁸.

Otro punto con posibilidad de mejora detectado fue el apoyo de la gerencia, como en otros estudios^{16,29}. Levine et al.³⁰ concluyeron que la figura de supervisora de enfermería es esencial para fomentar un clima favorable para incentivar la comunicación de errores, proporcionando apoyo y capacidad de respuesta. En un estudio cualitativo realizado por Souza et al.¹⁷, en UCI brasileñas, se percibieron como fuentes de error institucional o del sistema, la excesiva rotación del personal, la sobrecarga asistencial, la desvalorización de los profesionales y las deficientes condiciones laborales, así como el hecho de que cuando se produce un error los cambios son lentos y poco permanentes o, como refiere Varallo et al.³¹, no hay *feedback* entre personal asistencial y gestores. De hecho, más de las tres cuartas partes de los profesionales desconocían la figura de referencia de seguridad del AC, pudiendo incrementar la percepción de lejanía y falta de apoyo.

Pertenecer al equipo de enfermería o el hecho de ser mujer son factores que influyen significativamente en la percepción de falta de apoyo de la gerencia. Los posibles motivos podrían deberse a la diferencia entre la gestión enfermera y médica dentro del contexto estudiado, así como el hecho de que el colectivo enfermera también presenta gran rotación de personal, constantes cambios de turno y

nuevas incorporaciones, por lo que todo ello podría conllevar a la impresión de que la gerencia no valora a estos profesionales¹⁷.

Un dato a destacar es la baja tasa de notificación de incidentes, casi la mitad de los participantes no notificó ningún incidente en los últimos 12 meses y, a pesar de no catalogarse como debilidad del sistema, sí se percibió la existencia de una cultura punitiva frente al error, al igual que en la revisión hecha por Batista et al.⁷ Se sabe que el error produce culpa, estrés, miedo, ira y vergüenza³², por lo que pueden señalarse como posibles causas de una escasa notificación, así como el hecho de que más de la mitad de la población estudiada manifestó no conocer el sistema de notificación, visualizándose, por tanto, carencias en la formación.

En el caso del área estudiada, los médicos son los profesionales que más notifican respecto al personal de enfermería, a diferencia de otros estudios, donde ocurre exactamente al contrario²⁹. Este resultado podría tener relación con las características propias del ámbito donde se desarrolló el estudio, ya que el responsable de seguridad es al mismo tiempo el jefe médico del servicio, el cual está presente en las reuniones diarias, pases de visita y de guardia, por lo que estos profesionales pueden ser invitados o motivados a realizar la declaración. Varallo et al.³¹ señalan que enfermería alude como justificación para declarar menos, la falta de conocimiento, la culpa por errar o por comunicar el error de otros, al escaso tiempo y aumento del trabajo, ya que son las profesionales que permanecen 24 h a pie de cama priorizando la atención de las necesidades de pacientes y familiares.

El escenario de la recogida de datos en un único hospital y la introducción de nuevas preguntas sin pilotaje previo pueden ser limitaciones del estudio, por lo que los resultados deben tomarse con cierta prudencia. Sin embargo, la elevada participación permite tener una visión amplia sobre la percepción de seguridad en un AC y las nuevas preguntas no interfieren en el constructo del cuestionario, son específicas para el contexto estudiado, de fácil comprensión y fueron consideradas importantes, ya que han sido poco exploradas anteriormente.

Tampoco se puede determinar el impacto que ha podido ejercer la pandemia de la COVID-19 en dichos resultados. Sin embargo, los resultados fueron similares a estudios previos a esta pandemia, por lo que parece que se trata de debilidades endémicas que no se han solucionado con el paso del tiempo y que requieren de una solución.

A pesar de la existencia de otras encuestas específicas de UCI para valorar la cultura de seguridad, se utilizó la AHRQ por estar validada en nuestro medio.

Conclusiones

La valoración del grado de seguridad del paciente en el AC es notable, aunque el personal polivalente que desarrolla su jornada laboral en diferentes unidades tiene una percepción inferior.

No se encontraron fortalezas. Las debilidades detectadas son: percepción de seguridad, dotación de personal y apoyo de gerencia.

Gran parte del personal desconoce la figura de responsable de seguridad del servicio y cómo notificar un incidente,

siendo la tasa de notificación baja, de lo cual se desprende la necesidad de nuevas propuestas de formación y mejoras en las estrategias de comunicación y difusión.

Un análisis de la cultura de seguridad es crucial para realizar un diagnóstico del área y ofrece la oportunidad de implementar planes de mejora.

Debería ser de obligado cumplimiento, ante resultados como estos, que las organizaciones reaccionen y lideren proyectos para fortalecer la cultura de seguridad.

Financiación

Este estudio ha sido realizado sin recibir financiación alguna.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gens Barberà M, Hernández Vidal N, Mengibar García Y, Ayala Villuendas D, Hernández Villén O, Martín Luján F, et al. "Coneixement, innovació i tecnologia", treballem junts per millorar la seguretat del pacient: aplicació proactiva en seguretat dels pacients proSP. *Ann Med (Barc)* 1976. 2021;104:6–10.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press; 2000. <http://dx.doi.org/10.17226/9728>.
- Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009; [consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf.
- Reyes Alcázar V. Cultura de seguridad y calidad en salud: desafíos para la práctica de enfermería. *Enferm Clin.* 2017;27:68–70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.003>.
- Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009; [consultado 10 Nov 2021]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura.SPambito_hospitalario.pdf.
- Plan de calidad Sistema Nacional de Salud. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2009; [consultado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>.
- Batista J, Drehmer de Almeida Cruz ED, Taporosky Alpendre F, Parreira da Silva D, Borges Brandão M, Gabriel CS. Diferencias entre los profesionales de enfermería y medicina respecto a la cultura de la seguridad del paciente quirúrgico. *Enferm Glob.* 2021;20:86–126. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.441571>.
- Aranaz Andrés JM, Pardo Hernández A, López Pereira P, Valencia-Martín JL, Díaz-Agero Pérez C, López Fresneña N, et al. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2018;92:e204808044.
- Arias-Botero JH, Segura-Cardona ÁM, Acosta Rodríguez F, Saldaña CA, Gómez-Arias RD. Clima de seguridad del paciente en quirófanos de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2020;48:71–7.
- Ramírez AV, Pérez CVJA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Med Grupo Angeles.* 2021;19:195–203. <http://dx.doi.org/10.35366/100442>.
- González-Méndez MI, López-Rodríguez L. Seguridad y calidad en la atención del paciente crítico. *Enferm Clin.* 2017;27:113–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.006>.
- AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2020; [consultado Feb 2021]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol2/Advances-Jones_29.pdf.
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005; [consultado Feb 2021]. Disponible en: <https://seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2005/>.
- Maya ÁM, Marín DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Rev Cuid* [Internet]. 2020;11:e1040.
- Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit.* 2018;32:352–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>.
- Gil-Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, Moyano-Hernández C, Sánchez-Morales P, Andrés-Martínez M, et al. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enferm Intensiva.* 2022;33:185–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.006>.
- Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem ELD, Silva TL, Neutzling BRDS. Patient safety culture in intensive care units: perspective of health professionals. *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40:e20180294. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>.
- Alenezi A, Pandaan RPM, Almazan JU, Pandaan IN, Cason F, Cruz JP. Clinical practitioners' perception of the dimensions of patient safety culture in a government hospital: A one-sample correlational survey. *J Clin Nurs.* 2019;28(23–24):4496–503. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15038>.
- Al Ma'mari Q, Sharour LA, Al Omari O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. *Br J Nurs.* 2020;29:28–34. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.28>.
- Wei H, Sewell KA, Woody G, Rose MA. The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *Int J Nurs Sci.* 2018;5:287–300. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>.
- Cruz Bustamante LA. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras. Servicio de cuidados intensivos. Hospital Goyeneche. Arequipa 2019 [Tesis doctoral especialidad enfermería]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019 [consultado Nov 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12978>.
- Gershengorn HB, Harrison DA, Garland A, Wilcox ME, Rowan KM, Wunsch H. Association of Intensive Care Unit Patient-to-Intensivist Ratios With Hospital Mortality. *JAMA Intern Med.* 2017;177:388–96. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8457>.
- Lee SH, Hong JH, Kim YS, Park EC, Lee SM, Han CH. Impact of Intensivist and Nursing Staff on Critically Ill Patient Mortality: A Retrospective Analysis of the Korean

- NHIS Cohort Data, 2011-2015. *Yonsei Med J.* 2021;62:50–8, <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2021.62.1.50>.
24. Neuraz A, Guérin C, Payet C, Polazzi S, Aubrun F, Dailler F, et al. Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study. *Crit Care Med.* 2015;43:1587–94, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000001015>.
 25. Khanna AK, Labeau SO, McCartney K, Blot SI, Deschepper M, the DecubICUs study Team and the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Trials Group collaborators (Supplementary material). International variation in length of stay in intensive care units and the impact of patient-to-nurse ratios. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;72:103265, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103265>.
 26. Magalhães AMM, Costa DGD, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa ADS, Moura GMSS. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03255, <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>.
 27. Hernández Magide C, Partera Luque MC, Caro Miquela A, Rus García M, Valls García M, Fernández Iruela D. Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios. *Metas Enferm.* 2017;20:6–15.
 28. Miembros del Consejo Asesor del Programa de Seguridad de pacientes críticos. Adaptación en la UCI de las recomendaciones de los proyectos zero durante la pandemia por Sars-CoV-2. Versión 20 Octubre 2020; [consultado Ene 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ADAPTACION_EN_LA_UCI_DE_LAS_RECOMENDACIONES.DE_LOS_PROYECTOS_ZERO-COVID19-V1.pdf.
 29. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit.* 2020;34:500–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>.
 30. Levine KJ, Carmody M, Silk KJ. The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *J Nurs Manag.* 2020;28:130–8, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12906>.
 31. Varallo FR, Passos AC, Nadai TR, Mastroianni PC. Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03346, <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017026403346>.
 32. Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit.* 2016;30:117–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.11.007>.