



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Meléndez Méndez, Concepción; Garza Hernández, Rosalinda; Castañeda-Hidalgo, Hortensia; González Salinas, J. Fernanda; Turrubiates Pérez, Juana  
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO ACERCA DE LA SEGURIDAD EN EL  
ÁMBITO HOSPITALARIO  
Revista CUIDARTE, vol. 6, núm. 2, 2015, pp. 1054-1061  
Universidad de Santander  
Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359540742005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## PERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO ACERCA DE LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

### SURGICAL PATIENT'S PERCEPTION ABOUT SAFETY IN THE HOSPITAL CONTEXT

Concepción Meléndez Méndez<sup>1</sup>, Rosalinda Garza Hernández<sup>1</sup>, Hortensia Castañeda-Hidalgo<sup>2</sup>,

J. Fernanda González Salinas<sup>3</sup>, Juana Turrubiates Pérez<sup>4</sup>

#### Histórico

**Recibido:**

31 de Octubre de 2014

**Aceptado:**

07 de Mayo de 2015

<sup>1</sup> Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de Carrera Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. E-mail:

[mcmelend@uat.edu.mx](mailto:mcmelend@uat.edu.mx)

<sup>2</sup> Doctora en Enfermería. Secretaria Académica. Profesor de Carrera Facultad de Enfermería Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas

<sup>3</sup> Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de Carrera Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas

<sup>4</sup> Licenciada en Enfermería y Enfermera Quirúrgica del HGR No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### RESUMEN

**Introducción:** La construcción de lazos entre los pacientes y los profesionales de la salud después de la presentación de un evento tiene importancia crítica. El Foro Nacional para la Calidad recientemente publicó en su reporte (2010), “Prácticas Seguras para una Mejor Atención en Salud”, recomendando, que el paciente debe recibir información oportuna, transparente y clara en relación con lo que se refiere al evento adverso. Objetivos: Determinar la percepción de seguridad que tienen los pacientes con la atención de la salud, identificar el número de pacientes que refieran haber sufrido un error y las respuestas a las preguntas de cómo se resolvió el error durante su hospitalización en el servicio de cirugía de un hospital de seguridad social. **Materiales y Métodos:** Diseño descriptivo, población 127 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados y Discusión:** La media de percepción fue de 40.77 con una (DE=8.37). Los errores que refirieron los pacientes fueron: Infección 7.1 %, 4.75 % reacción alérgica, 10.2 % intervenido por segunda ocasión y 100% de los pacientes contestaron no haberse caído. El 1.6% (2) estuvo completamente de acuerdo al preguntarles si se resolvió satisfactoriamente el error, el 3.1% mencionó que el error se resolvió rápido, 1.6% (2) mencionó estar completamente de acuerdo referente a la información recibida acerca del error. El 2.4% (3) de los pacientes contestaron en desacuerdo respecto a la información de si se tomarían medidas para evitar que el error se volviera a presentar. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes refirieron percibirse seguros durante su hospitalización, un porcentaje menor mencionó haber tenido incidentes y al preguntarles sobre si se habían sentido seguros durante su estancia hospitalaria la mayoría dijeron haberse sentido bastantes seguros.

**Palabras clave:** Pacientes, Percepción, Seguridad. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.165>

#### ABSTRACT

**Introduction:** Building bridges between patients and health professionals after the presentation of an event is critical. The National Forum for Quality recently released its report (2010), “Safe Practices for Better Health Care”, recommending that the patient should get timely, transparent and clear information regarding what concerns the adverse event. Objectives: To determine the patient perception of safety within health care, to identify the number of patients reporting to have suffered an error and the answers to questions about how the surgery service resolved the failure during hospitalization in a social security hospital. **Materials and Methods:** A descriptive design, population of 127 patients hospitalized in the surgery department, who met the inclusion criteria. **Results and Discussion:** The mean perception was 40.77 (SD = 8.37). The errors reported by patients were: infection 7.1%, 4.75% allergic reaction, 10.2% being operated on for the second time and, 100% of the patients reported not having fallen. The 1.6% (2) fully agreed when asked whether the error was resolved successfully, the 3.1% mentioned that the error was resolved quickly, 1.6% (2) mentioned to agree completely regarding information received about the error. Only 2.4% (3) of the patients disagreed about the information whether they would take measures to prevent the error to occur again. **Conclusions:** Most patients perceived themselves as safe during their hospitalization, a lower percentage reported having had incidents and when asked whether they felt safe during their hospital stay, the most said they felt pretty safe.

**Key words:** Patients, Perception, Safety. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.165>

Cómo citar este artículo: Meléndez C, Garza R, Castañeda-Hidalgo H, González JF, Turrubiates J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. Rev Cuid. 2015; 6(2): 1054-61. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.165>

© 2015 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUCCIÓN

La percepción, es la interpretación de las sensaciones que implica no solo los órganos sensoriales sino también la actividad del cerebro dándole significado y organización a los acontecimientos vividos (1), repercutiendo en sensaciones y en experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples, es la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo (2), de tal manera que cuando se produce algún error asociado a la atención para la salud representa en el paciente la falla en la finalización de una acción planificada o la aplicación de un plan incorrecto (3).

El perfil del paciente actualmente ha cambiado, el concepto de seguridad desde su punto de vista, no solo se limita a la ausencia de errores, si no que comprende aspectos como la confianza, comunicación, información y participación de los mismos en su propia seguridad, hoy en día demandan más información sobre su tratamiento y quieren ser partícipe en todo. La información adecuada e interactiva, constituye el eje sobre el que gravita la percepción de seguridad del paciente, la correcta gestión de la incertidumbre en la relación paciente-profesional mejora la seguridad, construye un entorno de confianza y genera satisfacción, en consecuencia es responsabilidad de los profesionales de salud entre otros aunar esfuerzos y conseguir el máximo grado de seguridad en la atención que se presta, por lo tanto es crucial introducir un cambio de cultura que nos lleve aprender de los errores, controlarlos y que ofrezca como resultado servicios de calidad creciente (4).

La construcción de lazos entre los pacientes y los profesionales de la salud después de la presentación de un evento tiene importancia crítica en el 2010, durante el “Foro Nacional para la Calidad” se publicó “Prácticas Seguras para una Mejor Atención en Salud”, recomendando que el paciente debe recibir información oportuna, transparente y clara en relación a lo que se refiere al evento adverso. Es probable que un paciente responda más favorablemente a un profesional de salud que le proporciona información completa acerca de la lesión iatrogénica, que a un profesional que se comporta en forma defensiva o de manera poco sincera o franca. Se ha identificado que el paciente puede expresar su percepción acerca del si el evento adverso era prevenible y ofrecer información específica de cómo evitarlo (5).

El preguntar directamente a los pacientes ha generado algunas dudas sobre la fiabilidad de la información obtenida por este método. Sin embargo, nuevos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes pueden ser

un informador fiable, especialmente cuando el EA tiene consecuencias más graves. La implicación del paciente en la seguridad se ha subrayado como una necesidad de la práctica clínica, para lo que es necesario que el paciente sea consciente de los riesgos inherentes de la misma (6).

Se han realizado estudios con expertos que han detectado puntos críticos en el sistema sanitario que repercuten en la seguridad del paciente: la ausencia de cultura de seguridad y calidad entre los profesionales sanitarios, la ausencia de información y sistemas de registro y análisis de incidentes así como la falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos dentro de la gestión global de la asistencia sanitaria (7).

Los estudios sobre percepción de seguridad clínica o bien identifican la frecuencia de EA o bien indagan si se sienten seguros los pacientes. En España, 8.4% de los pacientes hospitalizados y 10.1% en atención primaria sufren un EA. El 9% de europeos, 5% de australianos y 3% canadienses creen que es alta la probabilidad de sufrir un error. Para 31% de españoles se producen bastantes errores clínicos y 12% consideran que el riesgo de un error quirúrgico es alto (8).

Derivado de lo anterior, en México el Sector Salud ha promovido una serie de recomendaciones relacionadas con la seguridad del paciente entre las que destacan: Identificación del paciente, comunicación clara, manejo de medicamentos (con los cinco correctos: paciente, medicamento, vía, dosis y rapidez correcta), cirugía y procedimientos con tres correctos (cirugía y procedimiento, sitio quirúrgico y momento correcto), evitar caídas del paciente, uso de protocolos y guías, evitar infecciones nosocomiales, clima de seguridad, factores humanos, hacer partícipe al paciente de la toma de decisiones, estas recomendaciones se promueven con el propósito de favorecer la calidad del cuidado del paciente (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), define la seguridad de los pacientes como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Por lo que la seguridad del paciente constituye un proceso complejo de implicaciones subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales que intervienen

de manera multidimensional e interdependiente en la atención de la salud en cuanto ella está vinculada con la promoción y protección de la vida, los derechos fundamentales de las personas, la provisión de ambientes y prácticas de salud libres de amenazas y riesgos y la mitigación de los daños producidos (10).

En esta perspectiva la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), se ha concebido para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente, como una estrategia que ayude a obtener, capturar y analizar factores relevantes para la seguridad del paciente, así como favorecer el aprendizaje y la mejoría del sistema de salud. La CISP contiene un conjunto de conceptos vinculados por relaciones semánticas que proporcionan una estructura para organizar la información a ser usada para una variedad de fines, incluyendo permitir la colecta de datos sistemáticos de información sobre seguridad del paciente y eventos adversos. Según la OMS el objetivo de la CISP es permitir la categorización de la información sobre la seguridad del paciente, utilizando conjuntos estandarizados de conceptos y términos preferenciales definidos y las relaciones entre ellos con base a una ontología de dominio y se ha destinado a los profesionales de la salud y otros gestores responsables de la seguridad de los pacientes. La estructura conceptual desarrollada por la CISP consta de diez clases prioritarias descritas como: Tipo de incidente, resultados para el paciente, características del paciente, características del incidente, factores contribuyentes/riesgos, resultados organizacionales, detección, factores atenuantes, acciones de mejora y medidas tomadas para la reducción de los riesgos estas clases prioritarias se subdividen jerárquicamente y están representadas de acuerdo con sus relaciones semánticas (10).

Diversos estudios han abordado la percepción de los pacientes en relación a su seguridad y experiencia vivida en la atención para la salud los cuales han indicado los siguientes resultados: Mazor *et al.* (11), exploraron la percepción de los pacientes con cáncer acerca de los eventos prevenibles, el impacto de estos sucesos y las interacciones con el personal de salud. 28 % de los pacientes refirieron que algo había ido mal durante su hospitalización, describiendo problemas en la comunicación y fallas en el atención médica, el impacto en los pacientes que sufrieron un error reportaron: 96.2 % daño psicológico y emocional, 57.7 %, impacto negativo en la familia, 57 % daño físico, 38.5 % problemas en su vida y 37.2 % consecuencias financieras. 36 % de los pacientes informó haber discutido el problema con una o más de dos personas

que se percibían como responsables, 51 % de los pacientes informaron que el personal de salud inicio acciones útiles después del evento, El 90 % de los pacientes informaron cambios en el comportamiento de los profesionales como resultado del evento adverso. La mayoría de los pacientes manifestaron su percepción como mala sobre los eventos adversos y la importancia que desempeña su papel en el movimiento de seguridad.

Guzmán *et al.* (12), identificaron la percepción del paciente en cuanto a la seguridad recibida durante la hospitalización, la percepción de seguridad fue calificada en una escala del 1 al 10 con 10 en un 40 % 9 un 20 % y 8 20 %, en cuanto a la seguridad los pacientes manifestaron sentirse seguros con los cuidados prestados.

Weingart *et al.* (13), informaron en su estudio que 86.0% refirieron sentirse bien como para hablar con sus médicos o enfermeras, solamente el 39,4% notificaron que revisaron que se les administraron los medicamentos correctos, para asegurarse de que no se les administrara algo erróneo.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (14), identificaron el grado de seguridad de los servicios sanitarios percibidos por el paciente durante su hospitalización y conocer el tipo de error clínico más frecuentes entre los pacientes, la valoración global de seguridad reportó una media de 88 en, lo que indica un alto nivel de seguridad percibida por los pacientes. 7.0 % de los pacientes manifestaron haber sufrido un error clínico. En cuanto a la experiencia ante el error clínico ocurrido sufrido el 50 % manifestó no estar de acuerdo en que se les dejara participar en la toma de decisiones respecto a la resolución del error (15).

Santos *et al.* (15), estudiaron la percepción de seguridad en pacientes sometidos a cateterismo cardiovascular ambulatorios y hospitalizados, 75% los pacientes percibieron la seguridad como una fortaleza del sistema, al superar el número de respuestas positivas. El 94.28% consideró importante [hablar claro], para poder participar en su propia seguridad.

Mira *et al.* (16), Estudiaron la percepción de los pacientes hacia los eventos adversos, los cuales informaron que el 10.1% refirió que algo no fue bien del todo (posible EA en 31 de 307 casos). En 19 casos (5.8%, IC 95%) lo atribuyeron a errores de la medicación y en otros 19 (6.1%, IC 95%) a la intervención quirúrgica, 21.1% de los supuestos errores de medicación y 26.3% de los quirúrgicos tuvieron, según los encuestados, graves

consecuencias. En siete de los casos el paciente informó sufrir ambos errores (2.3%, IC 95%). Los datos de este estudio sugieren que la confianza y la comunicación positiva con el médico están estrechamente relacionadas y contribuyen a evitar, en caso de EA, la pérdida de confianza en los profesionales y en el hospital.

Hernández *et al.* (17), evaluaron la percepción de los pacientes en diálisis peritoneal sobre seguridad clínica y la importancia que tiene la comunicación-información del personal sanitario sobre la seguridad percibida por los paciente, 64.86 % menciono que con poca frecuencia ocurren efectos secundarios e inesperados y 18.9 % frecuentemente. 71 % de los pacientes contesto que les preocupa mucho sufrir errores médicos, 89.4 % respondieron no haber sufrido ningún evento inesperado durante la asistencia recibida, un paciente manifestó haber sufrido consecuencias muy graves y dos poco graves.

Mira *et al.* (18), describieron la frecuencia de errores clínicos desde el punto de vista del paciente, su percepción de seguridad y su relación con la información recibida. 97.1 % contesto estar muy preocupado por ser víctima de un error clínico, el 26.4 % poco o nada. En cuanto a la percepción sobre molestias graves asociadas al error, el 40.0 % si manifestó complicaciones en el curso del tratamiento, el 44.7 % menciono que si se explicó con detalle en qué consistían las pruebas e intervenciones terapéuticas a realizarle.

Hernández *et al.* (19), analizaron la seguridad clínica percibida por los pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal [DP] y Hemodiálisis [HD], en cuanto a la comunicación con el personal sanitario 95% de pacientes en DP y 78.2% de HD consideran que le ha explicado correctamente los efectos secundarios y riesgos de su tratamiento, 80% de los pacientes de DP y 69.8% de pacientes en HD afirma que ha podido preguntar sus dudas y preocupaciones sobre la diálisis y el tratamiento, 97.5% de los pacientes de DP y 87.3% de pacientes de HD tienen la impresión de haber sido escuchados por sus médicos y/o enfermera. 5.5% de DP y 10% en HD afirman haber tenido una complicación relacionada con la administración de medicación y han necesitado un tratamiento adicional debido a la misma, de acuerdo a los pacientes las causas más frecuentes de errores en la atención sanitaria son la falta de tiempo (DP/HD 38.5%/34%).

Al efectuar la revisión bibliográfica del tema se observa que en México, no se cuenta, con suficiente información sobre el estado en que se encuentra la percepción se

seguridad del paciente, por lo que se decide plantear los siguientes objetivos:

### Objetivos de Investigación

Determinar la percepción de seguridad del paciente con la atención de salud durante su hospitalización en el servicio de cirugía del HGR No 6 del IMSS de Cd Madero.

Identificar el número de pacientes que refieran haber sufrido un error clínico durante su hospitalización

Describir las respuestas a las preguntas acerca de la experiencia de los pacientes ante el error clínico sufrido durante la hospitalización

### MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo cuantitativo con diseño descriptivo y transversal. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar, desde el punto de vista científico, por lo tanto describir es medir. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito (20). Los estudios descriptivos en que el investigador interacciona con el participante puede involucrar encuestas o entrevistas para recolectar la información necesaria, el cual se considero adecuado para determinar la seguridad percibida por el paciente, así como a la identificación del número de pacientes que refirieron haber sufrido errores clínicos y describir las respuestas a la experiencia vivida por los pacientes que sufrieron algún tipo de error clínico (21).

La recolección de los datos estadísticos del presente estudio se realizó en el servicio de cirugía general, en un hospital de segundo nivel de atención, en el sur de Tamaulipas, en la etapa previa a la recolección de los datos, se obtuvo el permiso correspondiente en el área de investigación de la institución participante y de la comisión de ética e investigación de la facultad de enfermería campus Tampico. Conforme a lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salubridad, 1987), vigente en la República Mexicana, prevaleciendo en la investigación el criterio de dignidad, respeto y protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se estableció un horario para la aplicación del cuestionario,

el cual se determinó que fuera durante el egreso del paciente del servicio de cirugía general, implementando esta actividad de 15 hrs. a 18 hrs.

Posteriormente se identificaron a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión de este proyecto, se les invitó a participar en el mismo, explicándoles el tipo de estudio y los objetivos de la investigación, se les indicó que no existía ningún riesgo y que su colaboración consistiría en contestar un cuestionario autoadministrable con un tiempo de respuesta de 20 a 25 minutos aproximadamente, integrado por 24 preguntas, todas ellas relacionadas a la percepción de seguridad durante su hospitalización, de acuerdo a lo que marca la ley en las fracciones I, II, V, VIII, en las cuales se indica que los sujetos de estudio se les debe proporcionar una explicación clara y completa de los objetivos de la investigación, al aceptar participar se les proporciona la carta de consentimiento informado para su autorización personal, continuando con la entrega del cuestionario para la contestación del mismo. El estudio se apega a lo que marca el Artículo 17 fracción I el cual indica que este tipo de estudios se considera sin riesgos para el paciente ya que no se realizó ninguna intervención que dañara su integridad. Los pacientes tuvieron la libertad de elegir participar o no (Artículo 18 y 21 fracción VII), en todo momento los pacientes participaron sin coacción alguna (Artículo 20) (22).

La población estuvo integrada por 127 pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos, hospitalizados en el periodo de agosto a octubre del 2013, con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia ya que solo se incluyeron en el estudio los pacientes que reunían los criterios de inclusión en el momento de la recolección.

### Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, dados de alta. Capaces de entender y responder a los cuestionarios, a criterio del investigador y con estancia hospitalaria mayor a tres días en el servicio de cirugía.

### Instrumento

Se utilizó el cuestionario que mide la percepción del paciente sobre seguridad en la atención de salud en el ámbito hospitalario (PASAH). El cuestionario consta de 24 preguntas divididas en tres partes diferenciadas. La primera parte contiene 10 preguntas, acerca de la percepción del paciente sobre la seguridad en la hospitalización. Las opciones de respuesta son en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1: no

estoy de acuerdo a 5: estoy completamente de acuerdo). En la segunda parte el paciente debe responder si ha tenido alguno error clínico durante su hospitalización, a través de siete preguntas con opciones de respuesta dicotómicas sí/no.

La tercera parte del cuestionario hace referencia a la experiencia que ha tenido el paciente ante el error clínico a través de siete preguntas con cinco opciones de respuesta 1: no estoy de acuerdo a 5: estoy completamente de acuerdo. Al final hay una pregunta general sobre la sensación que ha producido la atención recibida durante la hospitalización, con siete opciones de respuesta para la sensación de seguridad producida por la atención de salud durante la hospitalización. La valoración global de la seguridad percibida por los pacientes en la atención de salud, en el ámbito hospitalario, se obtuvo a partir de la puntuación estandarizada del cuestionario, teniendo sólo en cuenta las preguntas de la uno a la 10. Los pacientes que obtuvieron una puntuación media en esta subescala del cuestionario de seguridad tendrán un alto nivel de seguridad percibida, dado que la puntuación oscila de 0 a 100 y una mayor puntuación indica un mayor nivel de seguridad (14).

### RESULTADOS

Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes encuestados en este estudio correspondió a los siguientes datos: La media de edad fue de 53.57, en cuanto al sexo el 57.5 % (73) son mujeres, un 42.5 % (54) hombres, respecto al nivel de escolaridad el 37 % (47) cuentan con primaria un 19.7 % secundaria y otro 19.7 tienen nivel profesional. El 83.5% (106) de los pacientes refirieron no haber tenido complicaciones durante su hospitalización y solo un 16.5 % (21) mencionaron que si tuvieron complicaciones, Los motivos de ingreso más encontrados fue la apendicitis con un 18 % (23) pacientes y un 15 % (19) ingresaron por colelitiasis. La media de días de hospitalización fue de 9.8 se encontró que los hombres estuvieron más días hospitalizados que las mujeres con una media de 10.78 (DE = 11.23) días para los hombres y una media de 9.07 (DE = 8.54) para las mujeres.

La media obtenida de la escala de percepción del cuestionario, que fue de 40.77 con una (DE = 8.37) con un valor mínimo de 15 y un valor máximo de 50, por lo que de acuerdo a los autores del instrumento se considera que la percepción global de seguridad de los pacientes entrevistados fue muy buena ya que más del 50 % de los pacientes su respuesta fue haberse sentido completamente seguros estando por arriba del percentil

50, como se puede observar en la Tabla 1.

**Tabla 1. Resultados de la percepción de seguridad de los pacientes**

Escala de percepción	Media	de	Valores	
			Mínimo	Máximo
1-10	40.77	8.37	15	50

n = 127

Fuente: PASAH

En cuanto a los errores solo el 29.9 % (38), de los pacientes refirieron haber sufrido un error clínico durante la hospitalización el 7.1 % (9) de los pacientes refirieron haber tenido una infección, 4.7 % (6), una reacción alérgica, 10.2 % (13), mencionó haber sido intervenido por segunda ocasión, el 100 % de los pacientes contestaron no haberse caído, fracturado o haber sufrido una herida el 3.2 % (4) pacientes dijeron que el personal se equivocó al decirle su diagnóstico, 1.6 % (2), se equivocaron al darles los medicamentos y el 3.1 % (4), mencionó haber sido confundido por otro paciente como se puede apreciar en la Tabla 2.

**Tabla 2. Errores clínicos que se presentaron durante la hospitalización de los pacientes**

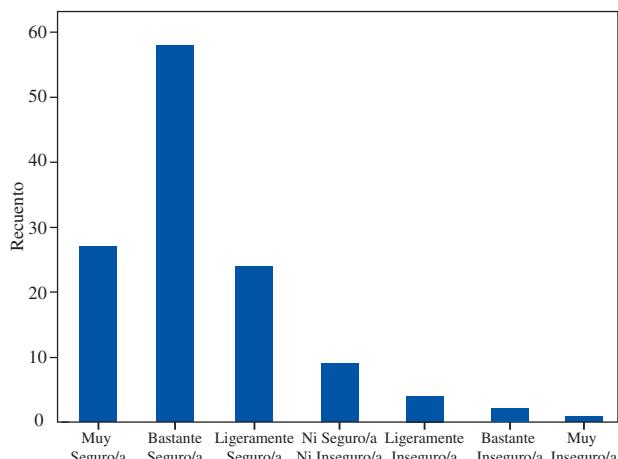
Reactivos	Si		No	
	f	%	f	%
Ha tenido infecciones mientras estuvo hospitalizado	9	7.1	118	92.9
Ha tenido reacciones alérgicas	6	4.7	121	95.3
Ha vuelto a ser operada de forma imprevista	13	10.2	114	89.8
Se cayó, se fracturo o tuvo una herida			127	100
El personal de salud se equivocó en su diagnóstico	4	3.2	123	96.9
Lo medicaron por error durante la hospitalización	2	1.6	125	98.4
Fue confundido por otro paciente	4	3.1	123	96.9

n = 127

Fuente: PASAH

Al preguntarles a los pacientes la experiencia vivida ante el error clínico, el 11.1 % (14), pacientes contestaron estar completamente de acuerdo, en cuanto a la forma como se resolvió se detectó, la rapidez y la información recibida ante el error. Al preguntar si el personal de salud le pidió disculpas por el error ocurrido el 2.4 % (3), de los pacientes contestaron en desacuerdo igualmente cuando se preguntó si se les comunicó las medidas que se tomarían para evitar que el error se volviera a presentar, el 3.1 % (4), pacientes mencionaron no estar de acuerdo.

En la Figura 1 se presentan los resultados obtenidos en la pregunta general realizada a los pacientes acerca de la sensación de seguridad durante su estancia hospitalaria en la cual se observa que el 21.3 % de los pacientes se sintieron (27), muy seguros/as, el 45.7 % (58), refirieron sentirse bastante seguros el 18.9 % (24), se sintieron ligeramente seguros /as por lo que se considera que la sensación de seguridad de los pacientes fue bastante buena.



**Figura 1. Sensación de Seguridad referida por el paciente**

## DISCUSIÓN

En relación a la percepción de seguridad durante su hospitalización en este estudio los pacientes manifestaron sentirse completamente seguros estos resultados, son similares a los reportado por Guzmán et al (12), Weingart et al (13), ACASNS (14), Santos et al (15) y Hernández et al (17). En estos estudios los pacientes contestaron sentirse bastante seguros durante la hospitalización considerando muy importante la participación de ellos en la seguridad.

En lo que concierne a los errores durante la hospitalización el 29.9 % de los pacientes mencionaron haber sufrido un error, estos resultados difieren de los reportados por Mira et al (8). Santos et al (15), Hernández et al (17), ellos encontraron mayor porcentaje de errores reportados por los pacientes. También difieren de los reportado por Mira et al (8), ACASNS (14) y Mazor et al (11). En su estudio reportaron un porcentaje menor de errores referidos por los pacientes. Los errores con mayor porcentaje fueron el tener que haber sido operado de forma imprevista y sufrir una infección estos resultados son similares a lo reportado por Mira et al (8) y Hernández et al (17) que reportan la intervención quirúrgica con mayor porcentaje de los errores referidos por los pacientes.

En cuanto a las respuestas de los pacientes respecto a la experiencia vivida ante el error los pacientes manifestaron su desacuerdo en cuanto a que el personal de salud no le pidió disculpas ante el error, no le comunico las medidas que se tomarían para evitar el error y no poder participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el error clínico estos resultados son similares a lo reportado por la ACSNS (14) que en su resultados los pacientes manifestaron no haber participado en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el error clínico. Y no coinciden con lo reportado por Mazor et al (11), Guzmán et al (12), Santos et al (15), Mira et al (8) y Hernández et al (17) ya que sus pacientes manifestaron estar de acuerdo respecto a la información recibida al presentarse un error durante su hospitalización.

## CONCLUSIONES

Se concluye en este estudio que los pacientes encuestados se sintieron completamente seguros durante su hospitalización. Y en cuanto haber sufrido un error clínico durante la hospitalización, haber tenido que ser operado de forma imprevista fue el error con mayor porcentaje seguidos por equivocación en el diagnóstico y ser confundido por otro paciente.

Respecto a las respuestas de los pacientes a cerca de la experiencia vivida ante el error ellos señalaron no estar de acuerdo en que el personal de salud no les pida disculpas ante el error no se les comunique las medidas que se tomaran para evitar que el error se vuelva a presentar y no haber participado en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el error clínico.

Apreciándose la importancia que le da el paciente a cuanto estar bien informado y el deseo del paciente de poder participar en su propia seguridad

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Matlin MW, Foley HJ. (1996) Sensación y Percepción. 3<sup>a</sup> ed. México, D.F: Ed. Prentice Hall; 2006: 435-54.
2. Feldman JM. Four questions about human social behavior. In J. Adamopoulos and Y. Kashima. Ed. Social Psychology and Cultural Context. New York: Sage; 1999. <http://dx.doi.org/10.4135/978145220550.n4>
3. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Taxonomy International Classification for Patient Safety (ICPS). Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

4. Prieto RM, March CJ, Suess A, Ruiz AA, Terol E, Casal GJ. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. Revista Médica Clínica Monográfica. 2008; 131 (3): 33-8.
5. Greenberg GL, Battles BJ, Haskell H. Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de informes de eventos de seguridad. Revista Cirugía y Cirujano. 2010; 78: 463-8.
6. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebasa P, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Revista Médica Clínica Monográfica. 2008; 131 (3): 26-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76458-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76458-3)
7. Badia LX, Terol GE, Agra VY, Fernández MM. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Diseño y validación preliminar. 2010. Madrid, España: Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad.
8. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del cuestionario de percepción de seguridad. Revista Médica de Chile. 2009; 137 (11): 1441-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001100005>
9. Zarza-Arizmendi M, Alba-Leonel A, Salcedo-Álvarez RA. El currículum de la enfermera y la seguridad del paciente. Revista CONAMED. 2008; 13 (3): 33-7.
10. Cometto MC, Gómez PF, Dal Sasso GT, Zárate RA, De Bortoli SH, Falconí C. Enfermería y seguridad de los pacientes. 1<sup>a</sup> ed. Washington, D.C: Ed. Organización Panamericana de la Salud; 2011: 1-17.
11. Mazor MK, Roblin WD, Greene MS, Lemay AC, Firneno CL, Calvi J. Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. Journal of Clinical Oncology. 2012; 30 (15): 1784-90. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.38.1384>
12. Guzmán CR, Cabañas CM, Calvo DM, Martín FA. Estamos en Buenas Manos? Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid España. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia AEETO. Disponible en: [www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=2165cd1a](http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=2165cd1a) [citado 15 febrero 2014].
13. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein MA. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. International Journal for Quality in Health Care. 2011; 23 (3): 269-77. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr002>
14. Agencia de Calidad Asistencial del Sistema Nacional de Salud (ACASNS). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid, España: Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad. 2009.
15. Santos S, Álamo MJ, Maribel MI, Madueño M, Dorado JC, Márquez C, et al. Percepción de seguridad clínica de pacientes en una unidad de terapia endovascular. Revista Enfermería en Cardiología. 2011; 52(3): 52-57.
16. Mira JJ, Vitaller J, Lorenzo S, Royuela C, Pérez-Jover V, Aranaz J. Pacientes como informadores de eventos adversos. Resultados en diabetes y enfermedad renal. Revista An. Sistema Sanitario Navarro. 2012; 35 (1): 19-28. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100003>
17. Hernández ME, Ochando G A, Rayuela GC, Lorenzo MS, Paniagua F. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Revista Social Especialidad Enfermera Nefrológica. 2008; 11(3): 190-5. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752008000300006>
18. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebasa P. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Revista Medicina Clínica. 2008; 131 (3): 26-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76458-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76458-3)
19. Hernández ME, Del Castillo-Olivares P, Ochando GA, Royuela GC, López SC, Lorenzo MS. Variables determinantes de la seguridad clínica percibida en una unidad de diálisis. 2008 Disponible en: [http://www.revistasden.org/files/1984\\_52%5B2%5D.pdf](http://www.revistasden.org/files/1984_52%5B2%5D.pdf) [citado 20 septiembre 2013].
20. Hernández S R, Fernández C C, Baptista LP. Metodología de la Investigación 5<sup>a</sup>. ed. Ed. Mc Graw-Hill/ Interamericana. México, D.F; 2010.
21. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. Clasificación de los diseños de investigación cuantitativa. Ed. Elsevier Madrid, España; 2004: 260-95.
22. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1987 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> [citado 16 enero 2014].