



CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS PROFESIONALES EN EL QUIRÓFANO

Patient safety culture of professionals in the operating room

Rebeca Losada Ceballos¹ <https://orcid.org/0000-0002-2780-4514>

Bárbara Yanet Sanz Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6207-1416>

Lester Varona Santamaría¹ <https://orcid.org/0000-0002-6207-1416>

Maurenis Elejalde Calderón¹ <https://orcid.org/0000-0001-5011-3730>

Erie Juan Dávila López¹ <https://orcid.org/0009-0002-4182-4850>

¹ Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Miguel Enríquez”, La Habana. Cuba.

RESUMEN

Los antecedentes de alto índice de daño al paciente durante la atención sanitaria, exige la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad del paciente por los prestadores de salud a nivel global. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la cultura de seguridad del paciente en el quirófano por el equipo quirúrgico. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el período Septiembre-noviembre 2023. Esta investigación midió la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad de los pacientes en el quirófano, en el Hospital de Tercer nivel Miguel Enríquez, en la Habana, Cuba. Se utilizó como herramienta de medición la encuesta de la Lista de Verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud, dando como resultado que la Cultura de seguridad en el quirófano es buena en las tres dimensiones: antes de la inducción, la incisión cutánea y antes de la salida del paciente del quirófano.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, Seguridad del paciente, Enfermería, quirófano.

Summary

The history of high rates of patient harm during healthcare, requires the necessity to strengthen the culture of patient safety by healthcare providers globally. This study had the objectives of characterizing the patient safety culture in health professionals who work in the operating room. An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in the period of September to November 2023. This research measured the perception of healthcare personnel regarding the safety culture of patients at the Miguel Enríquez Third Level Hospital, in Havana, Cuba. The World



Health Organization Surgical Checklist survey was used as a measurement tool, resulting in the Safety Culture in the operating room being good in all three dimensions: before induction, skin incision and before of the patient leaving the operating room.

Keywords: Patient safety culture, Patient safety, Nursing, operating room.

Introducción

Los antecedentes de alto índice de daño al paciente durante la atención sanitaria, exige que es necesario fortalecer la cultura de seguridad del paciente por los prestadores de salud a nivel global.

(1)

Los procesos quirúrgicos producen altas tasas de morbilidad, 7 millones de personas anualmente experimentan complicaciones quirúrgicas incapacitantes; de ellas 1 millón muere, muchos de estos eventos adversos (EA) son evitables (2)

Como consecuencia de este fenómeno las iniciativas mundiales se encaminan al gran objetivo de la seguridad del paciente: reducir el daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana según la teoría de *Reason*, se hace necesario fortalecer la cultura de seguridad del paciente a prueba de errores, en todos los entornos y especialidades donde se preste asistencia sanitaria. (3)

Florence Nightingale madre de la Enfermería moderna con su teoría del entorno y las medidas de higienización de manos y otras prácticas seguras dejó un legado de cultura de seguridad del paciente. En su libro notas de Enfermería escribe esta reflexión: “Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño al paciente”. (4,5) Este compromiso sigue vigente en el Código deontológico del Concilio internacional de Enfermeras (CIE), el cual plantea que las enfermeras facilitan una cultura de la seguridad en los entornos sanitarios al reconocer y abordar las amenazas para las personas (6).

Se entiende por cultura de seguridad del paciente (CSP) como un conjunto de valores y prácticas individuales y colectivas enfocadas a reducir los riesgos y daños al paciente. La ausencia de una buena CSP permite que prácticas inseguras y de riesgo se conviertan en normas, lo que provoca daño al paciente. Por esto la evaluación de la cultura de seguridad se considera un indicador estructural básico para promover iniciativas que pueden reducir riesgos de eventos adversos sobre todo en hospitales (7). El *checklist* para una cirugía segura es un valioso instrumento para evaluar la cultura de seguridad, esto trae efectos positivos sobre los profesionales como la disminución de *Burnout* y la culpa por el error. (8)



La presente investigación se planteó como objetivo general Caracterizar la cultura de seguridad del paciente en el quirófano por el equipo quirúrgico del Hospital Docente Clínico quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez".

Diseño Metodológico

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el período septiembre-noviembre 2023 en los quirófanos del Hospital Docente Clínico quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez".

Universo

El equipo quirúrgico integrado por los médicos y enfermeras, circulantes y anestesistas, involucrados en el procedimiento quirúrgico de los salones de operación electivo, de urgencias y de quemados del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Miguel Enríquez".

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Enfermeros y médicos que laboran en los quirófanos, que estén activos profesionalmente y deseen participar en el estudio. Se excluyeron los que laboran en el salón de operaciones de cirugía menor y con menos de 12 meses de labor en el quirófano.

Muestra

A partir de los criterios de selección la muestra quedo conformada por 25 médicos y 19 enfermeras. La técnica de muestreo fue no aleatorizada y por conveniencia de la investigadora.

Técnica

La técnica utilizada fue la encuesta, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz, con el adecuado control de sesgos, a partir de la experiencia y la experticia de la investigadora. Según la técnica del estudio realizado, el instrumento para la recolección de la información fue el cuestionario. Para medir la cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica, se ha tomado el instrumento de la Lista de Verificación Segura, que se encuentra validado globalmente. (OMS 2004). Es un cuestionario de 27 ítems, que plantea 3 dimensiones que son:

Dimensión 1: Antes de la inducción de la anestesia. Dimensión 2: Antes de la incisión cutánea.

Dimensión 3: Antes de la salida del quirófano.

Este cuestionario, en su diseño original compuesto por 27 ítems, fue modificado a 22 ítems para su mejor comprensión y llenado por parte de los profesionales del equipo quirúrgico y antes de su empleo fue validada por un grupo de expertos.

Cada uno de los ítems tiene tres posibilidades de respuesta y puntúan en forma ascendente: Si-2 punto, A veces-1 punto, No-0 punto

La administración del instrumento o cuestionario fue individual, a ciegas, sin límite de tiempo para su llenado y se realizó en el ámbito de trabajo de los encuestados, o sea, en el ambiente quirúrgico.



La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una corresponde a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica y anterior a la salida del paciente del quirófano.

Antes de la inducción de la anestesia.

Se confirmó de forma verbal la identidad del paciente, el lugar anatómico de la intervención, el marcaje del sitio quirúrgico, el riesgo de hemorragia, las dificultades en el acceso a la vía aérea y las reacciones alérgicas del paciente. Se chequearon el consentimiento para la operación, la seguridad, operatividad de los equipos y la medicación anestésica.

En este momento se inspeccionó el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento. Además, un pulsioxímetro.

La valoración de la vía aérea difícil es vital para evitar muertes, Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado —ya sea un segundo anestesiólogo o enfermera anestesista, deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia. Igual debe examinarse el riesgo de aspiración. Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

Antes de la incisión cutánea

En esta etapa se realiza la identificación de los miembros del equipo quirúrgico, aunque no es indispensable si han trabajado juntos antes, se verifica la administración de antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores, la realización de los estudios de imagen esenciales, la esterilidad del material quirúrgico y si es posible, se estima el tiempo de duración del procedimiento.

Se ha demostrado que la profilaxis antibiótica, 60 minutos antes, disminuye el riesgo de infección quirúrgica, y el responsable de la administración es el anestesista.

También es importante la discusión en el equipo de las cuestiones esenciales del paciente, con la discusión entre los miembros del equipo, de los principales peligros y los planes operatorios.

Antes de la salida del quirófano

En esta etapa, el equipo revisa la operación llevada a cabo, el recuento de gasas e instrumentos, error que puede resultar catastrófico. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que



se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

También se verifica el correcto etiquetado de toda muestra biológica obtenida y se examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse antes del próximo turno quirúrgico. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, hablarán sobre los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Para que la aplicación de la lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. En el complejo entorno del quirófano es fácil que alguno de los pasos se olvide durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación.

Validación del instrumento.

La validez y confiabilidad del instrumento diseñado fue realizada por un grupo de cinco expertos. La validez, definida como el grado en que un instrumento es capaz de medir lo que realmente se quiere incluir: pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia.

La confiabilidad, definida como la exactitud con que el instrumento realiza su medición, se realizó según en coeficiente de confiabilidad KR-20. (SPSS-22)

Métodos y análisis de datos.

El almacenamiento de los datos se realizó mediante la utilización de un sistema de bases de datos y su procesamiento a través del software estadístico SPSS versión 21. Se calcularon medidas de resumen para variables cualitativas (número absoluto, porcentos. Para variables cuantitativas estas se expresaron en media y desviación estándar o su mediana y rangos; en dependencia de la normalidad de las mismas. Todas estas determinaciones se realizaron en base a un valor de $\alpha = 0,05$ para garantizar una confiabilidad de estas determinaciones de un 95 %. Todos los resultados fueron analizados y discutidos con los resultados e informaciones obtenidos por otros autores en la bibliografía.

La investigación se aprobó por el Consejo Científico y el Comité de Ética Médica de la institución (que incluyó la evaluación de los requisitos de la investigación médica y la justificación de la misma), así se tuvo como único propósito: que los resultados se utilicen para aumentar el arsenal de

conocimientos de los profesionales de la salud implicados en la seguridad del paciente, y mejorar de esta forma la calidad de la asistencia sanitaria que se brinda, en correspondencia con los principios de excelencia establecidos para la misma por las directivas del Ministerio de Salud Pública de Cuba

Resultados

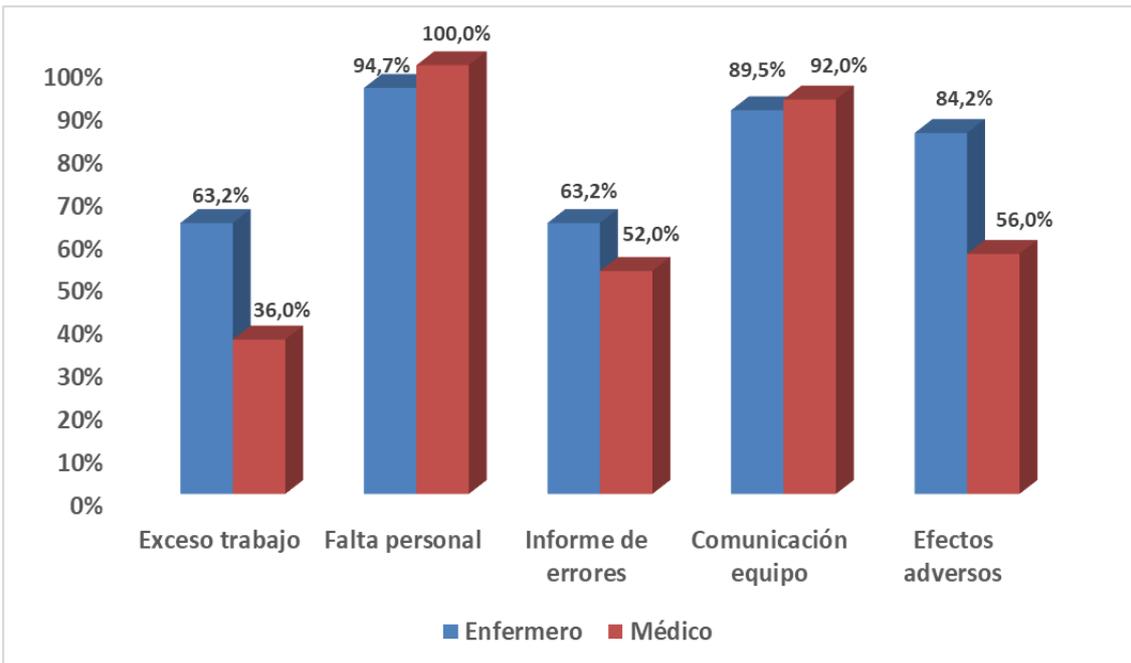
Se obtuvieron 44 cuestionarios correctamente complementados, el 100% de los encuestados se corresponden con profesionales de la unidad quirúrgica. La Tabla 1 muestra que solo los médicos laboran en múltiples salones de operaciones. De forma global la edad promedio supera los 40 años, con un rango de 5 a 30 años de trabajo en el mismo servicio y de 3 a 35 años de permanencia en el hospital, esto garantiza el conocimiento del funcionamiento y de la cultura de seguridad en el equipo.

Tabla 1. Comparación entre los profesionales incluidos en el estudio.

Variables		Enfermeros (n=19)	Médicos (n=25)	Mann-Whitney Z/p
Edad (años)		52 (34-55)	42 (32-61)	1,07/0,281
Tiempo en el salón (años)		4 (3-33)	15 (5-30)	-1,52/0,129
Tiempo en equipo (años)		15 (3-35)	8 (5-30)	0,82/0,407
Tipo de salón	Estética/electivo	8 (42,1%)	7 (28,0%)	14,8/0,0006 [¥]
	Urgencias	11 (57,9%)	5 (20,0%)	
	Múltiples	0	13 (52,0%)	

[¥] X²/p

Figura 1. Comparación entre los grupos de profesionales y las preguntas de la encuesta.



La figura 1 muestra que el 63,2% de los profesionales de enfermería consideran que existe exceso de trabajo a diferencia del profesional médico que solo un 36% estuvo de acuerdo. Sin embargo, el 100% de los médicos coinciden en que existe falta de personal especializado y solo el 94,6% de las enfermeras lo afirman. Solo la variable efectos adversos fue estadísticamente significativa cuando se comparó su media entre los dos grupos de profesionales ($X^2=3,96$; $p=0,0466$).

Informe de errores

El 63,2 % de las enfermeras informan los errores y en un 52,0 % los médicos.

Comunicación del equipo

Los médicos concuerdan en un 92,04 % que existe buena comunicación en el equipo quirúrgico, mientras que solo el 89,5 % del personal de enfermería considera buena la comunicación.

Eventos adversos:

Según la encuesta las enfermeras en un 84,2 % hacen reporte de los eventos adversos durante la asistencia en contraste con el 56,0 % de los médicos. Aunque los porcentajes de reporte son buenos el resultado no es en un 100%, se debe explorar en investigaciones futuras sobre las barreras para la notificación de eventos adversos.

Los resultados de los puntajes en las tres dimensiones del cuestionario, según la categoría ocupacional se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Puntaje en las dimensiones de la escala.

Variables	Enfermeros (n=19)	Médicos (n=25)	Mann-Whitney Z/p
D1	22 (20-24)	22 (20-24)	ns [‡]
D2	6 (2-6)	5 (2-6)	
D3	10 (8-10)	10 (7-10)	

[‡] no significativo

En la figura 2 se representa la cultura de las dimensiones que tienen los profesionales.

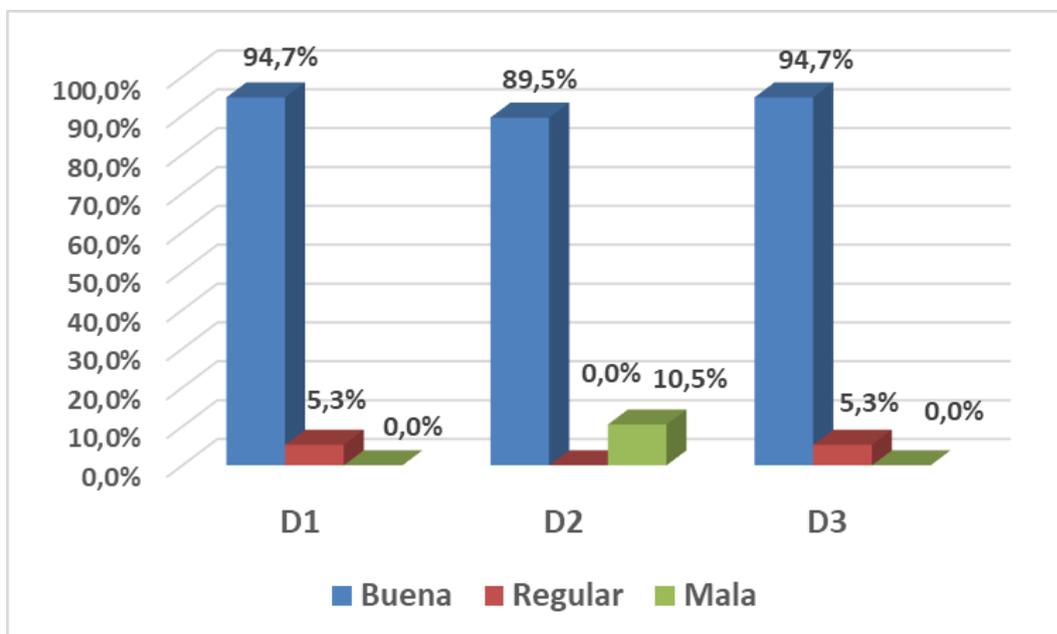


Figura 2. Cultura de las tres dimensiones que tienen los profesionales de la enfermería.

A excepción de la dimensión (D2), más del 90% de los encuestados fueron identificados con una buena cultura de los procedimientos quirúrgicos.

En la figura 3 se representa la cultura de las tres dimensiones que tienen los profesionales de la medicina. Como se representa, los porcentajes de los médicos con un conocimiento bueno, regular o malo en las tres dimensiones fue muy semejante al de las enfermeras.

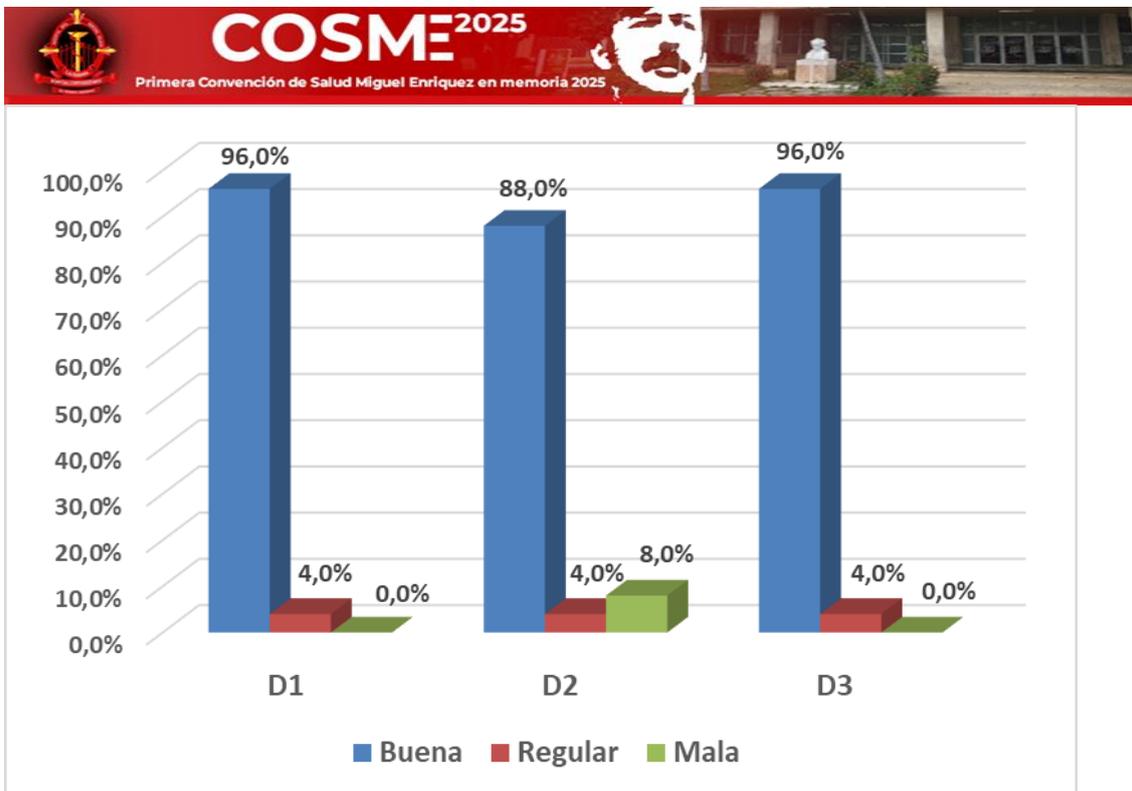


Figura 3. Cultura de las tres dimensiones que tienen los profesionales médicos.

Discusión de los resultados

En la institución donde se llevó a cabo el estudio se ha logrado trabajar y construir una cultura de seguridad del paciente en los quirófanos en correspondencia a las metas del ministerio de salud pública. El gran desafío de Cuba en materia de salud es asegurar la sostenibilidad y la proyección de sus logros, a partir de un funcionamiento más eficiente que permita seguir garantizando el derecho a la salud y el avance hacia la Salud Universal (SU), aumentar la satisfacción de la población con los servicios que recibe y mejorar la calidad de los mismos. Este reto se enmarca en un contexto de cambio demográfico importante (19,8% de los cubanos tienen más de 60 años) .

Con respecto a la edad y permanencia en el equipo de trabajo son similares los resultados de una investigación realizada en Brazil donde el promedio de edad es cercano a los 40 y en un rango de 37 a 50 años.⁽⁷⁾ Este fenómeno demográfico donde la población mundial tiende a envejecer se puede constatar en la edad de los profesionales que laboran en el quirófano, existe un envejecimiento, lo cual es favorable para una buena cultura de seguridad si se considera que el nivel de experticia y experiencia que los años de trabajo y permanencia en el equipo permiten acumular, traen como resultado conocimientos valiosos, los cuales se pueden enseñar a las nuevas generaciones para que no se repitan eventos adversos o fallas en la atención de salud. ⁽¹⁰⁾ Pero por otro lado paradójicamente este envejecimiento no es favorable frente a emergencias como la pandemia de COVID 19 ^(11,12) donde el edadismo puso en riesgo la seguridad del paciente y trajo un fuerte



impacto ético y psicológico en el personal de asistencia y en los pacientes. Algunos profesionales tuvieron que abandonar la prestación de servicio por vejeismo⁽¹³⁾ esto trajo el colapso de los centros de salud por la reducción del personal. Hoy nos queda esta experiencia como un reto global en no bajar el estándar de cultura de seguridad del paciente en escenario de catástrofes.

En el estudio emerge que los médicos brindan atención en más de un salón del hospital y tienen mayor porcentaje de participación⁽⁷⁾. Sin embargo, tradicionalmente suele ocurrir lo contrario, es decir, el personal de enfermería suele estar mucho más representado porque parece que el hecho de estar más tiempo en contacto con pacientes conlleva una implicación mayor en las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, Esta combinación de capacidades de desempeño en diferentes salones y experiencia puede estar vinculada a los resultados del paciente. Un clásico estudio para la Agencia para la investigación y Calidad de la Salud mostró tasas de mortalidad más bajas de hospitalización para una variedad de pacientes quirúrgicos en los hospitales con profesionales de más alto nivel de educación, con años de experiencias y de permanencia en el mismo puesto de trabajo.⁽¹⁴⁾

Atendiendo a la forma de percibir los profesionales el exceso de trabajo, la falta de personal, el informe de errores, la comunicación del equipo y el reporte de eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente. Las enfermeras perciben en un 63,2% que existe exceso de trabajo y el 100% de los médicos que falta personal especializado, las evidencias científicas muestran que si la carga de trabajo es excesiva interfiere para que se brinde una atención óptima a los pacientes. Estos hallazgos se alinean con Dehring T,⁽¹⁵⁾ y Jordán⁽¹⁶⁾ sus estudios señalan que la falta de recursos humanos sobrecarga al equipo de trabajo y aumenta las probabilidades de cometer un error, el consenso general considera que la enfermería es una profesión exigente y estresante, a menudo asociado a los largos turnos de trabajo que traen malestar psicopatológico con quejas somáticas y psíquicas como ansiedad e insomnio. En otro estudio se representa con un 37% la falta de personal lo cual causaba fatiga y estrés aunado a sentimientos negativos como el deseo de renunciar a su trabajo o bien no encontrarle sentido a las actividades que realizan.⁽¹⁷⁾

Según la encuesta las enfermeras en un 84,2 % hacen reporte de los eventos adversos durante la asistencia en contraste con el 56,0 % de los médicos. Esto concuerda con estudios internacionales donde suele realizar más notificaciones el personal que tiene más contacto con pacientes (el personal de enfermería) que quienes no lo tienen (49% vs. 28%, respectivamente) y que los/las que llevan más años trabajando⁽¹⁸⁾. La formación recibida, así como el entorno cultural donde se trabaja, pueden explicar el porqué de determinados comportamientos. Autores como Martínez, Milos y

Jeong^(19,20,21) señalan que para que exista una CS eficaz, se debe reconocer que existen riesgos en las actividades y que se perciba un ambiente libre de culpa, donde se pueda reportar errores. Con respecto al informe de errores un estudio de Milos⁽²⁰⁾ Muestra una vinculación de carácter ético-jurídico entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos. Sin embargo, teniendo en consideración la presencia de daño para el paciente, queda aún sin definir: qué informar y cómo informar, y de qué modo la garantía constitucional de no autoincriminación se aplica en esta situación. Jeong, H.-E⁽²¹⁾ concluye que a mayor sensibilidad moral menos silencio y más compromiso con el reporte y la seguridad del paciente.

Sobre la comunicación del equipo los profesionales médicos y enfermeras la consideran buena, lo que representa una fortaleza en la CS. En este sentido en el mundo árabe, las debilidades tienen que ver con la comunicación, y destacan de forma positiva el trabajo en equipo en la unidad/servicio. Los países asiáticos destacan como fortaleza no solo por el trabajo en equipo dentro de su unidad, sino también por el trabajo con otros servicios.⁽¹⁸⁾

Autores como Silva, E.L⁽²²⁾ identifica que el quirófano, por el alto nivel tecnológico que presenta y la especificidad de funciones que requiere, es un lugar privilegiado la aparición de momentos de confusión, estrés, tensiones emocionales y relacionales, el trabajo en equipo y la comunicación es un factor humano fundamental para la calidad de la atención que se brinda en este sector. La seguridad del paciente y el grado de seguridad percibido guardan correspondencia en la medida que en las instituciones realizan intervenciones en diferentes componentes entre ellos la notificación de eventos y trabajo en equipo.⁽²³⁾

Como se muestra en la figura 2, a excepción de la dimensión (D2), más del 90% de los encuestados perciben como buena la cultura de seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Estos resultados coinciden con los obtenidos a nivel internacional al medir la cultura de seguridad, León Lima⁽²⁴⁾ citando los estudios de León y col., plantea que el nivel de conocimiento del equipo quirúrgico sobre la seguridad quirúrgica es bueno 77%, la evaluación en la fase 1, en la anestesia fue bueno, en la fase 2 antes de la incisión de la piel fue de 79 % fue regular y en la fase 3 antes de salir del salón bueno.

En la figura 3 se representa la cultura de las tres dimensiones que tienen los profesionales de la medicina fue muy semejante al de las enfermeras. En contraste con los resultados mencionados acerca de la cultura de seguridad en las tres dimensiones que fue percibida de buena por todos los profesionales encuestados a través de la Lista de Verificación quirúrgica(LVQ). La autora Tirado Regalado⁽²⁴⁾ al analizar la CS del equipo quirúrgico con la LVQ segura del paciente en el Hospital



Público, describe como resultados relevantes un 3.3% nivel bajo antes de la inducción a la anestesia, 3.3% bajo antes de la incisión quirúrgica y un 3.3% bajo antes de salir del salón de operaciones. Se analizó que existe una correlación significativa positiva alta, entre la cultura de seguridad del equipo quirúrgico con la lista de verificación de cirugía segura del paciente, ello pone de manifiesto que el resultado es clínicamente importante.

En conclusión, los profesionales caracterizan la Cultura de Seguridad del paciente en el quirófano como buena en las tres dimensiones. Como áreas de mejoras se identifica la falta de personal especializado, la falta de reporte de errores y eventos adversos que impiden una retroalimentación y aprendizaje continuo de los mismos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Noticias de la Asamblea Mundial de la Salud, 25 de mayo de 2019. <https://www.who.int/es/newsroom/detail/25-05-2019-world-healthassembly-update>. Published 2019:
2. WHO. 10 facts on patient safety. 2019 [internet]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
3. Roco C, Seguridad del paciente y cultura de seguridad, [REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(5) 785-795]. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
4. Seyhan-Ak, E., Kandemir, D., Ayoğlu, T., Ayhan, M. K. (2019). The opinions and practices of nursing students about preoperative patient safety. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(1), 26-37. <https://doi.org/10.26650/FNJN418383>
5. Nightingale F. Notes on hospitals. [en línea]. 3ª edición, Londres. John W Parker and Son, Editores. 1859. Digitalizado por Brigham Young University, Rare Book Collection, Vault 614.793 N564n1859; ISBN, 31197221446195. [consulta: 25 abril 2023]. Disponible en <https://ia800200.us.archive.org/28/items/notesonhospitals00nigh/notesonhospitals00nigh.pdf>.
6. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de ética del CIE para las enfermeras. Ginebra, 2021.
7. Oliveira NJ Junior, Riboldi CO, Lourenção DCA, Poveda VB, Oliveira JLC, Magalhães AMM. Challenges of safety culture in Surgical Center: mixed methods study. *Rev. Latino-*

- Am. Enfermagem. 2024;32:e4206[cite mesaño día]. Available from :URL <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7001.4206>
8. Sistema Sanitario de Universidad de Michigan, EEUU. Mejorando la seguridad del paciente en los Hospitales. Mayo 2016. Disponible:http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/traducciones/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf
 9. Pérez Bolaño L, Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano, Rev Cubana Enfermer 2017, V(33)2 Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209/265>
 10. Estrategia de Cooperación OPS/OMS;Cuba(2018-2022) pág.11
 11. D’cruz M, Banerjee D. An invisible human rights crisis: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic --- An advocacy review. *Psychiatry Res.* 2020;292.
 12. Gebreheat G, Teame H. Ethical Challenges of Nurses in COVID-19 Pandemic: Integrative Review. *J Multidiscip Healthc.* 2021 May 6;14:1029-1035. doi: 10.2147/JMDH.S308758. PMID: 33986597; PMCID: PMC8110276.
 13. Hernández Gómez M.A, Sánchez Sánchez N.J and Fernández Domínguez M.J. Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores. *Aten. Prim.* 54 (2022) 102320. Consultado Enero 20 2024)<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102320>. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-del-edadismo-durante-pandemia-S0212656722000403>
 14. AHRQ Agencia para la investigación y Calidad de Salud. https://www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en
 15. Dehring, T., von Treuer, K. & Redley, B. The impact of shift work and organizational climate on nurse health: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 18, 586 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3402-5>
 16. Fayos Jordán JL, García García MA. Percepción de seguridad del paciente en salas quirúrgicas y quirófano respecto a otras salas en un hospital español de segundo nivel. *Enf.Global*, 70(Abril2023) Pág.321. <https://doi.org/10.6018/eglobal.537541>
 17. Tello García M, Pérez Briones NG, Torres Fuentes B, Nuncio Domínguez JL, Pérez Aguirre DM, Covarrubias Solís IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad. *Enf. Global* N° 70 abril 2023, pag.111. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>

18. Labordea, M M, Gea Velázquez T., Aranaz Andrés JM, Ramos Fornerd G, Compan Rosiquea AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit.* 2020;34(5):500–513. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
19. Martínez Ques A. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Rev. Ética de los Cuidados.* 2008 1(1). DOI: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php>
20. Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan.* 2015;15(1):141-153. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13
21. Jeong, H.-e.; Nam, K.-h.; Kim, H.-y.; Son, Y.-j. Patient Safety Silence and Safety Nursing Activities: Mediating Effects of Moral Sensitivity. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 11499. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111499>
22. Silva, E.L., y Araujo Rodríguez, F.R. (2016). La seguridad del enfermo y los procesos sociales en relación con enfermeros en el contexto de la sala de operaciones *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20 (46). Disponible en: <
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.13>>
23. Jaimes-Valencia Mary Luz, Alvarado-Alvarado Andrés Leonardo, Mejía-Arciniegas Claudia Nathaly, López-Galán Angie Valentina, Mancilla-Jiménez Vivian Angélica, Padilla-García Clara Inés. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019 *Revista Cuidarte.* 2021; 12(1):e1092. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
24. León Lima, Dithlin Y. Conocimiento de la lista de Verificación de cirugía segura y aplicación por el personal de enfermería de centro quirúrgico de una clínica privada, Lima 2020. Tesis.
25. Tirado regalado, MK. Cultura de seguridad del equipo quirúrgico y lista de verificación de cirugía segura del paciente en un hospital público—Moyobamba. Repositorio universidad cesar Vallejo. Chile. 2022. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/101646>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Contribución de autoría

1. Conceptualización: Msc. Rebeca Losada Ceballos, DrC. Maurenis Elejalde Calderón, MsC. Vicenta Eneida Morales Carbonell, Dr. Lester Varona Santamaría, Dra. MsC. Bárbara Yanet Sanz Rodríguez. Dr. Erie Juan Dávila López.
2. Curación de datos: Msc. Rebeca Losada Ceballos, MsC. Vicenta Eneida Morales Carbonell, Dr. Lester Varona Santamaría, Dra. MsC. Bárbara Yanet Sanz Rodríguez.

3. Análisis formal: Msc. Rebeca Losada Ceballos, DrC. Maurenis Elejalde Calderón, MsC. Vicenta Eneida Morales Carbonell, Dr. Lester Varona Santamaría, Dra. MsC. Bárbara Yanet Sanz Rodríguez, Dr. Erie Juan Dávila López.
4. Metodología: DrC. Maurenis Elejalde Calderón, Msc. Rebeca Losada Ceballos, Dra. MsC. Bárbara Yanet Sanz Rodríguez, Dr. Erie Juan Dávila López.
5. Redacción borrador original: Msc. Rebeca Losada Ceballos, DrC. Maurenis Elejalde Calderón, Dra. MsC. Bárbara Yanet Sanz Rodríguez.
6. Redacción, revisión edición: Msc. Rebeca Losada Ceballos, DrC. Maurenis Elejalde Calderón, MsC. Vicenta Eneida Morales Carbonell, Dr. Lester Varona Santamaría, Dra. MsC. Bárbara Yanet Sanz Rodríguez. Dr. Erie Juan Dávila López.

