



CARTAS CIENTÍFICAS

Rondas de seguridad: ¿mejoran la cultura de seguridad del paciente en profesionales asistenciales y directivos? Estudio transversal en Atención Primaria



Walkrounds: Do this improve safety culture of clinicians and managers? Cross-sectional study at Primary Care setting

Gerardo Garzón González*, Lina Marcela Parra Ramírez, María Luisa Alcázar González y Aurora Barberá Martín

Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 11 de junio de 2023; aceptado el 10 de julio de 2023
Disponible en Internet el 23 de agosto de 2023

Las rondas de seguridad del paciente (RSP) tienen, entre otros objetivos, mejorar la cultura de seguridad de profesionales asistenciales y directivos y transmitir el compromiso de la dirección con la seguridad¹. No hay estudios en atención primaria (AP) que evalúen estos aspectos.

Objetivo: evaluar en AP la asociación de la realización de RSP con cultura de seguridad en profesionales asistenciales y en directivos, y con percepción del compromiso de la dirección con la seguridad.

Diseño: estudio transversal mediante cuestionario en AP de la Comunidad de Madrid durante el año 2022. Se incluyeron los profesionales asistenciales de todos los centros de salud con los perfiles que se convocan a las RSP. Se incluyeron todos los directivos, sin actividad asistencial directa, que son quienes realizan las RSP. Se envió el cuestionario al universo de participantes; no se realizó muestreo.

Mediciones: se recogió si habían asistido a RSP (en directivos, a las que tenían programadas) y la puntuación en un cuestionario de cultura: MOSPS² reducido en profesionales asistenciales y versión reducida y validada del de Giménez³ en directivos⁴. Además se recogió la percepción del compromiso de la dirección.

Resultados: se recibieron 246 cuestionarios de profesionales asistenciales y 39 cuestionarios de directivos (tasa de respuesta < 50% en asistenciales y 81% en directivos).

El porcentaje de puntuaciones positivas (≥ 3) del cuestionario de cultura fue mayor en los asistenciales que habían asistido a RSP ($p=0,003$) y en los directivos que asistieron a sus RSP programadas ($p=0,001$) (tabla 1). Las puntuaciones medias y por cada uno de los factores que componen el cuestionario figuran en la tabla 1.

En los profesionales asistenciales que habían asistido a RSP, no se encontró correlación entre el número de RSP y cultura ($r = -0,044$; $p = 0,60$). En los directivos que acudieron a sus RSP programadas, sí se encontró correlación ($r = 0,48$; $p = 0,009$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardo.garzon@salud.madrid.org
(G. Garzón González).

Tabla 1 Comparación de los resultados del cuestionario de cultura de seguridad en profesionales asistenciales y directivos según asistencia a rondas de seguridad del paciente

Resultado cuestionario cultura seguridad	Profesionales asistenciales				Directivos				
	Total (n = 246)	No asistieron a rondas (n = 102)	Sí asistieron a rondas (n = 144)	p	Total (n = 39)	No asistieron a programadas (n = 9)	Sí asistieron a programadas (n = 30)	p	
<i>Global</i>					<i>Global</i>				
Negativo-neutro, n (%)	28 (11,3)	18 (17,6)	10 (7)	0,006	Negativo, n (%)	1 (2,6)	1 (11,1)	0 (0%)	
Positivo, n (%)	135 (54,7)	58 (56,9)	75 (52,4)		Neutro, n (%)	5 (12,8)	3 (33,3%)	2 (6,7%)	
Claramente positivo, n (%)	84 (34)	26 (25,5)	58 (40,)		Positivo, n (%)	33 (84,6)	5 (55,6)	28 (93,3)	
Puntuación media	3,75	3,63	3,83	0,003	Puntuación media	3,88	3,46	4,01	0,001
<i>Factores (puntuación media)</i>					<i>Factores (puntuación media)</i>				
AspectosCalidadSeguridad	3,73	3,68	3,78	0,284	Compromiso con la SP	4,07	3,61	4,21	0,008
Formación	3,64	3,46	3,74	0,011	Procedimientos	3,96	3,38	4,13	0,004
Procedimientos	3,59	3,4	3,71	0,001	Profesionales	3,79	3,33	3,93	0,023
ComunicacionFranca	3,83	3,73	3,9	0,069	Comunicación en SP	3,76	3,44	3,87	0,199
ComunicacionError	3,82	3,78	3,86	0,319	Actitudes con la SP	3,69	3,19	3,84	0,031
ApoyoResponsables	3,74	3,61	3,82	0,035					
AprendizajeOrganizacional	3,99	3,81	4,08	0,003					
PercepcionesCalidadSeguridad	3,66	3,49	3,77	0,008					

SP: seguridad del paciente.

No se encontró asociación significativa entre la asistencia a RSP y la percepción positiva de implicación de la dirección, tras ajustar, mediante regresión logística, por cultura y categoría profesional (OR 1,74; IC95%: 0,64-4,74).

Conclusiones principales: la cultura fue superior en los profesionales asistenciales que asistieron a RSP que en los que no, aunque no se puede determinar cuál fue la causa y cuál el efecto. Los resultados de estudios pre-post realizados en hospitales son contradictorios^{5,6}.

La cultura fue superior en los directivos que acudieron a sus RSP programadas que en los que no. Además, en los directivos que sí que acudieron a sus RSP programadas hubo relación número RSP-puntuación cultura. Como el número de RSP realizadas solo dependió de la programación, ajena al directivo, y no de la voluntad de este, se demuestra que las RSP incrementan la cultura en directivos. Solo se ha encontrado un estudio, cualitativo, que mida asociación RSP-cultura en directivos; la percepción era que las RSP mejoraban su compromiso con la seguridad⁷.

No se encontró asociación asistencia RSP-percepción de compromiso de la dirección. En estudios cualitativos realizados en hospitales se demuestra que las RSP son percibidas como control de la dirección más que como compromiso, y que sí se perciben como positivas en este sentido cuando en la ronda existe asignación de responsabilidades concretas a los directivos⁵.

Los resultados de este estudio apoyan la realización de RSP en AP ya que evidencian que mejora la cultura de seguridad de los profesionales asistenciales que participan y de los directivos que las realizan, aunque no se ha encontrado que las RSP mejoren la percepción del compromiso de la dirección con la seguridad del paciente.

Consideraciones éticas

En el correo de invitación a participar, se informaba de que se trataba de un estudio de investigación, del objetivo del estudio y de la voluntariedad y anonimato.

Financiación

Los autores declaran que el trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Asunción Cañada, Nuria Domínguez y M. Dolores Martínez por su participación en el trabajo de campo. A Oscar Pascual por el montaje de los cuestionarios online. A los directivos y profesionales asistenciales de la gerencia asistencial de AP que han participado.

Bibliografía

1. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, Simmonds M, Gustafson G, Gandhi T. Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29:16–26, [http://dx.doi.org/10.1016/s1549-3741\(03\)29003-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1549-3741(03)29003-1).
2. Torijano ML, Olivera G, Astier MP, Maderuelo JA, Silvestre C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales asistenciales de atención primaria en España. *Aten Primaria.* 2013;45:21–37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.003>.
3. Giménez T, Aibar C, Gutierrez I. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013 [consultado 13 Mar 2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/13274/files/TESIS-2013-157.pdf>
4. Garzón G, Parra LM. Validación de un cuestionario para evaluar cultura de seguridad del paciente en directivos: propiedades psicométricas y usabilidad. *J Healthc Qual Res.* Aceptado para publicación.
5. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich LM. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:28–36, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-5-28>.
6. Frankel A, Pratt Grillo S, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, et al. Revealing and resolving patient safety defects: The impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Serv Res.* 2008;43:2050–66, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00878.x>.
7. Parand A, Dopson S, Vincent C. The role of chief executive officers in a quality improvement: A qualitative study. *BMJ Open.* 2013;3:e001731, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001731>.