

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS
ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL
CARLOS LAN FRANCO LA HOZ Y LA CLÍNICA SANTA ISABEL,
LIMA-2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL - ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTORAS:

ALVARO CABEZA, Dailú Jamín

MEMBRILLO PILLPE, Nataly Julissa

VILCAPUMA GALLEGOS, Ada

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| • Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTA |
| • Mg. CESAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| • Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA | VOCAL |

ASESOR: DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA

N° de Libro: 01

N° de Acta: 04

Fecha de Aprobación de tesis: 11/04/2018

Resolución de Decanato N° 0037-2019-D/FCS.- Callao; 19 de febrero del 2019, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mis padres, Julia y Antonio, por su amor incondicional; a mi hermano, Arturo, por convencerme de que nada es imposible y a la Dra. Kathleen Sitzman por su incansable apoyo.

Lic. Membrillo

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, tanto académica, como de la vida y por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Lic. Vilcapuma

A mis padres, por ser mi gran fuente de inspiración y fortaleza; y por comprender mi labor de enfermera.

Lic. Alvaro

AGRADECIMIENTO

A Dios; a la Dra. Zoila Díaz Tavera por su gran apoyo y motivación para la elaboración de esta tesis; y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional y al Dr. Patrick Palmieri por proporcionar el instrumento para este estudio

ÍNDICE

ÍNDICE	6
ÍNDICE DE TABLAS	9
RESUMEN	14
ABSTRACT	15
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.1. Determinación del Problema	16
1.2. Formulación del Problema	19
1.2.1 Problema General	19
1.2.2 Problemas Específicos	19
1.3. Objetivos de la Investigación	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos Específicos	19
1.4 Justificación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	21
2.1 Revisión de la Literatura Antecedentes de la Investigación	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales	21
2.1.2 Antecedentes Nacionales	25
2.2. Marco Conceptual – Teórico	28
2.2.1 Error:	28
2.2.2 Error Clínico	29
2.2.3 Teorías del Error	29
2.2.4 Eventos Adversos	34
2.2.5 Seguridad Del Paciente	36

2.2.6 CULTURA DE SEGURIDAD	50
2.2.7 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	52
2.2.8 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS .	55
2.2.9 ENFERMERA EN CENTRO QUIRURGICO	59
2.3 Definición de Términos Básicos.....	61
CAPITULO III: VARIABLES E HIPOTESIS	63
3.1. Definición de la Variable	63
3.2 Operacionalización de Variable	64
1. Trabajando en equipo dentro de las unidades.....	64
2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	64
3.3 Hipótesis	71
3.3.1 Hipótesis general.....	71
3.3.2 Hipótesis específicas.....	71
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	72
4.1. Tipo de Estudio.....	72
4.2 Diseño De Investigación	72
4.3 Población de Estudio	73
4.3.1 Unidad de Análisis.....	74
4.3.2 Criterios de Selección	74
4.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos:.....	74
4.5. Procedimientos de recolección de datos	76
4.5.1 Autorización	76
4.5.2 Aplicación de instrumento	77
4.5.3 Consideraciones éticas	77

4.6. Procedimientos estadísticos y análisis de datos.....	78
4.6.1 Matriz de datos.....	78
4.6.2 Análisis estadístico de los datos	78
V: RESULTADOS.....	79
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	104
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.....	104
VII. CONCLUSIONES	116
VIII. RECOMENDACIONES	118
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	119
Bibliografía	119
ANEXOS	127
Anexo 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	128
Anexo 2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	133
Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	134
Anexo 4. INSTRUMENTO	135
Anexo 5. PERMISOS.....	153
Anexo 6. DATOS GENERALES DE LA MUESTRA.....	155
Anexo 7. MATRIZ DE DATOS.....	157
Anexo 8. CONSOLIDADO SEGÚN RESULTADOS POSITIVOS, NEUTROS Y NEGATIVOS.....	158
Anexo 9. MODELO DEL QUESO SUIZO	161
Anexo 10. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS – NHS	161
Anexo 11. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD Y LOS ÍTEMS QUE INCLUYEN.....	162
Anexo 12. ÍTEMS FORMULADOS NEGATIVAMENTE EN EL CUESTIONARIO.	167

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.	79
Tabla 2 Trabajo en equipo dentro del área o servicio en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	80
Tabla 3: Trabajo en equipo dentro del área o servicio en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.	80
Tabla 4: Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	82
Tabla 5: Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2018.	82
Tabla 6: Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	84
Tabla 7. Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2018.	84
Tabla 8 Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	86

Tabla 9: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2018.	86
Tabla 10: Percepciones generales de la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.....	88
Tabla 11: Percepciones generales de la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.	88
Tabla 12 Comunicación e información sobre errores en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	90
Tabla 13: Comunicación e información sobre errores en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.....	90
Tabla 14: Grado al que la comunicación es abierta en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	92
Tabla 15: Grado al que la comunicación es abierta en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018.....	92
Tabla 16: Frecuencia de incidentes reportados en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	94
Tabla 17: Frecuencia de incidentes reportados en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.....	94
Tabla 18: Trabajo en equipo a través de las unidades en las enfermeras centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	96

Tabla 19: Trabajo en equipo a través las unidades en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.....	96
Tabla 20: Dotación de personal percibida por las Enfermeras de la Clínica Santa Isabel 2018.....	98
Tabla 21: Dotación de personal percibida por las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.	98
Tabla 22: Problemas en las transferencias y transiciones en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.	100
Tabla 23: Problemas en las transferencias y transiciones en las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.	100
Tabla 24 Respuesta no punitiva a errores en las enfermeras de centro quirúrgico la Clínica Santa Isabel 2018.....	102
Tabla 25: Respuesta no punitiva a errores en las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.	79
Figura 2 Trabajo en equipo dentro del área o servicio en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	81
Figura 3 Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.....	83
Figura 4 Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	85
Figura 5 Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	87
Figura 6 Percepciones generales de la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	89
Figura 7. Comunicación e información sobre errores en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.....	91
Figura 8 Grado al que la comunicación es abierta en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.....	93
Figura 9 Frecuencia de incidentes reportados en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	95

Figura 10 Trabajando en equipo entre las unidades en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	97
Figura 11. Dotación de personal percibida por las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	99
Figura 12 Problemas en las transferencias y transiciones de en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.	101
Figura 13 Respuesta no punitiva a errores en las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018. ...	103

RESUMEN

El objetivo fue determinar la Cultura de Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018. El tipo de Investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; la población estuvo conformada por un total de 41 enfermeras (24 enfermeras del hospital Carlos Lanfranco La Hoz y 17 enfermeras de la Clínica Santa Isabel) que trabajan en los servicios de Sala de Operaciones, Central de Esterilización y Sala de Recuperación que en conjunto conforman centro quirúrgico, a los cuales se aplicó el cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture -HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS v. 23. Resultados: en ambas instituciones cuentan con una cultura de seguridad del paciente adecuado. En las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel alcanza un 84.4% del total de respuestas positivas, mientras que en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz alcanza un 59.4% del total de respuestas positivas. La Clínica Santa Isabel cuenta con el mayor número de dimensiones como fortaleza mientras que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuenta con el mayor número de dimensiones como oportunidad de mejora. Conclusión: Las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel cuentan con una cultura de seguridad del paciente fuerte.

Palabras claves: Cultura de seguridad del paciente, centro quirúrgico, enfermeras.

ABSTRACT

The aim was to determine the Patient Safety Culture in Nurses of the Surgical Center at Carlos Lanfranco La Hoz Hospital and Santa Isabel Clinic Lima-2018. The type of research was quantitative, descriptive and cross-section. The population consisted of 41 nurses (24 nurses from Carlos Lanfranco La Hoz hospital and 17 nurses from Santa Isabel Clinic) who work in the Operations Room, Sterilization Central and Recovery Room that together make up a surgical center. The questionnaire used was Hospital Survey on Patient Safety Culture –HSOPSC of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) was applied) of the United States; the analysis was done using the IBM SPSS v.23. Results: both institutions have an adequate patient safety culture. In the nurses of the surgical center of the Santa Isabel Clinic, it reaches 84.4% of the total positive responses, while in the nurses of the surgical center of the Hospital Carlos Lanfranco La Hoz it reaches 59.4% of the total of positive responses. The Santa Isabel Clinic has the largest number of dimensions as a strength while the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital has the largest number of dimensions as an opportunity for improvement. Conclusion: The nurses of the surgical center of the Santa Isabel Clinic have a strong patient safety culture.

Keywords: Patient safety culture, surgical center, nurses.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

Centro quirúrgico, es un área especializada dentro de las instituciones que prestan servicios de salud ⁽¹⁾, integrada por un conjunto de ambientes; entre estos la sala de operaciones y el área de distribución de instrumental quirúrgico. Además de ser considerada un área de alta complejidad y precisión, se vincula directamente con la unidad de recuperación post-anestésica y central de esterilización. Así, esta área cumple un rol fundamental en la atención al usuario y a su vez facilita todo lo necesario para que el equipo quirúrgico efectúe sus funciones de forma eficaz, eficiente y en condiciones seguras en relación al acto quirúrgico ⁽²⁾. A nivel mundial, el número de intervenciones quirúrgicas también ha experimentado un gran incremento, se calcula que 312,9 millones de cirugías fueron realizadas hasta el año 2012 de un estimado de 226,4 millones de cirugías realizadas para el año 2004. Esto pone en evidencia que, a lo largo de la última década, las intervenciones quirúrgicas ascendieron en un 38% aproximadamente según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽³⁾. No obstante, se calcula que el 50% del total de los eventos adversos reportados en países desarrollados, suceden en los quirófanos según la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾. Es importante señalar que el acto quirúrgico está dotado de diversos factores que pueden ocasionar daño al paciente, entre estos realizar una cirugía en el paciente equivocado, realizar una cirugía equivocada al paciente, realizar una cirugía en el sitio equivocado y a su vez por ser un área de alto riesgo puede provocar efectos adversos a consecuencia del olvido de algún cuerpo extraño dentro del paciente ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾. Estos eventos en el área quirúrgica son catalogados como “eventos que nunca deben ocurrir” y se calcula que solo un 50% son reportados en los países desarrollados, según lo evidencia la OMS ⁽⁵⁾.

Latino América tampoco es ajena a esta realidad, pues el estudio IBEAS realizado en México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, evidenció y comprobó que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños durante su atención en los servicios

del área quirúrgica; lo que demuestra el riesgo inherente en el que se encuentran nuestros usuarios durante su atención en salud⁽⁷⁾.

Mientras en el Perú, la Superintendencia Nacional de Salud, reportó que para el año 2015 se habían realizado un total de 613.396 cirugías⁽⁸⁾ en 31 millones de habitantes⁽⁹⁾, esto representa una tasa de 1.969 cirugías por cada 100.000 peruanos. Es importante resaltar que, asociado a este volumen de cirugías, la prevalencia de pacientes con alguna lesión, complicación o evento adverso durante su hospitalización, relacionados con la asistencia sanitaria fue del 11.6%; el 9.6% de ese total está directamente relacionado con la atención quirúrgica y del total eventos adversos reportados en el país el 58.8% fueron considerados evitables⁽¹⁰⁾. Ante esta situación, se hace evidente la necesidad de una atención quirúrgica de calidad y de promover la cultura de seguridad del paciente a fin de que minimizar los riesgos a los que se exponen los usuarios que son intervenidos quirúrgicamente⁽¹¹⁾⁽⁴⁾. La seguridad del paciente, es el principio fundamental de la atención de salud. Donde la OMS, propone estrategias para mejorar la seguridad del paciente, que se determinan por la participación de todos los profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Así, respondiendo a esta problemática, la OMS realizó, diferentes esfuerzos denodados, campañas, guías, protocolos y propone lineamientos de mejora para la seguridad evidenciados en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual también ha sido adoptada por nuestro país. En el año 2010 el Ministerio de Salud, implementó y estandarizó el uso de la lista de verificación de cirugía segura para todos los establecimientos de salud a nivel nacional, la cual debe ser completada por el equipo quirúrgico previo a la inducción anestésica, antes de la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano, con el uso de esta lista se busca salvaguardar la seguridad en el acto quirúrgico y también minimizar los eventos adversos evitables⁽⁶⁾⁽¹⁴⁾. El éxito de la aplicación de esta estrategia promovida por la OMS, dependerá de muchos factores que constituyen la cultura de seguridad: “el liderazgo, trabajo en equipo y colaboración, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, aprendizaje, mediciones, una cultura de trato

justo, pensamiento sistémico, factores humanos y una política de tolerancia cero” (15).’ (16) . Durante la atención en salud, las enfermeras que laboran en centro quirúrgico desempeñan múltiples roles y actividades en esta área. Entre estas, brindar cuidado centrado en el paciente, ser líderes en su entorno laboral y deben asegurar y velar por la seguridad del paciente como lo refiere la Asociación Americana de Enfermeras de Centro Quirúrgico – AORN (11). No debemos olvidar entonces, a la cultura de seguridad del paciente, definida como “aquellas creencias, valores y normas profundamente arraigadas en una organización y que guían las interacciones entre sus miembros a través de actitudes, costumbres y comportamientos” (12) (15).

Durante las prácticas clínicas de la especialidad en centro quirúrgico, desarrolladas en hospitales públicos, y al laborar simultáneamente en distintas clínicas del sector privado, una de ellas con acreditación internacional, se logró identificar diversas limitaciones en relación a la dotación de personal, la comunicación entre el personal de enfermería, compromiso con la atención y cuidados brindados a los pacientes, estándares de calidad, capacitación sobre seguridad del paciente, trabajo en equipo, ausentismos no notificados y/o tardanzas y ausencia de liderazgo por parte de la jefatura de enfermería. Por otro lado, los objetivos del servicio no estaban claramente definidos y dependían del criterio personal de cada profesional, se percibía una cultura de “quién tuvo la culpa” y se evitaba reportar las incidencias por temor a una sanción punitiva, en algunas oportunidades, las emergencias justificaban la omisión de algunos procedimientos de seguridad y los pacientes que ingresaban a una intervención quirúrgica no contaban con pulsera de identificación, todo lo expuesto no sólo pone en riesgo la seguridad de los pacientes sino también a todo el personal que labora en esta área.

Por ello, sobre la base de lo anteriormente indicado, se decide investigar la cultura de seguridad del paciente en enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel, a fin de instaurar estrategias que promuevan la cultura y seguridad del paciente, y de esta forma establecer oportunidades de mejora para ambas instituciones.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la Cultura de Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018?
- ¿Cuál es la Cultura de Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018, de acuerdo con las dimensiones referidas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture en su versión español-Perú.
- Identificar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018, de acuerdo con las dimensiones referidas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture en su versión español-Perú.

1.4 Justificación

RELEVANCIA: La presente investigación nos permitió identificar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel. A su vez, identificar riesgos relacionados con la atención de salud con la finalidad de mejorar o controlar dichas características ya que el

profesional de enfermería debe velar por la seguridad del paciente minimizando y previniendo incidentes y eventos adversos en el durante cuidado que brinda.

Cabe recalcar que el conocimiento de las características de ambos entornos de investigación y accesibilidad fueron puntos clave para el desarrollo de la presente investigación. Al mismo tiempo, el estudio permitió contar con información actualizada sobre Cultura de Seguridad del paciente, punto importante dentro de los estándares de calidad en la atención de salud; ya que se utilizó como instrumento el cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture -HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos en su versión validada y adaptada para Perú (versión hospitalaria y clínica) por primera vez.

IMPLICANCIAS PRÁCTICAS: Este estudio, nos permitió conocer las fortalezas y oportunidades de mejora en la cultura de seguridad de las enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel, y también contribuyó a la toma decisiones correctivas y estrategias de mejora ya sean capacitaciones, implementación de procesos, entre otros, que busquen propiciar una cultura con sus principios correspondientes, que involucre al mismo tiempo la participación de todos los trabajadores, en especial el personal de enfermería.

VALOR TEÓRICO: Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre la cultura de seguridad del paciente , como instrumento de evaluación del logro de competencias de indagación científica en el ámbito hospitalario, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta, para ser incorporado como conocimiento a las ciencias de la salud, ya que se estaría demostrando que el conocimiento y práctica de la cultura de seguridad mejoran el nivel de desempeño de las enfermeras de centro quirúrgico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Revisión de la Literatura Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Abellán R, Falcó A y Martorell M (2017) España, hicieron un estudio titulado **“Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas”** cuyo objetivo fue describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales. La muestra estuvo constituida por profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas. Resultados: El 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó «trabajo en equipo en la unidad/servicio», y como oportunidad de mejora, «dotación de personal». Se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial. Conclusiones: El estudio ha permitido medir la cultura de la seguridad, hecho que facilitará su seguimiento y orientará las estrategias de mejora trabajando los puntos débiles y reforzando los potenciales (17).

Pérez Bolaños Liset (2016) Cuba, hicieron un estudio sobre **“Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano”**. Cuyo objetivo fue evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y crear áreas de mejora, fue un estudio descriptivo transversal en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico (CIMEQ) desde mayo 2014 hasta enero 2016. Se acumularon resultados de la cultura de seguridad del paciente en 18 profesionales del quirófano, se manejó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano. Se observaron las respuestas positivas y negativas a los 50 ítems y la calificación global de seguridad. Se

consideraron distribuciones de frecuencia, con Intervalo de confianza al 95%. Dando como resultado que el 95 % de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad. Como fortalezas se recalcan el trabajo en equipo dentro del quirófano, el aprendizaje organizacional y las expectativas y acciones de la dirección de la unidad. Como oportunidades de mejora se identificaron la respuesta no punitiva a los errores y retroalimentación y comunicación sobre errores, El 100 % del personal encuestado se corresponde con profesionales de la unidad quirúrgica. De manera global, el 72,22 % llevaba trabajando cinco años o más en el hospital y servicio, lo que certifica el conocimiento en cuanto a su funcionamiento, así como a la cultura de seguridad. La mayoría (61,11 %) trabaja entre 32 y 47 horas por semana, no es despreciable la frecuencia de los que trabajan más de 57 horas por semana (27,8 %). Destacan en la muestra profesionales con más de 20 años de experiencia (66,66 %), que sumados a los que tienen entre 10 y 19 años de experiencia cubren más del 80 % del total de profesionales encuestados. La conclusión a la que se llegó fue que la utilización de esta herramienta facilitó la difusión de forma eficiente de la cultura de seguridad del paciente en el quirófano, así como la identificación de las fortalezas y debilidades del área (18)

López da Silva Edite y de Araújo Rodrigues Francisco Rafael (2016) Massarelos, Porto – Portugal, realizaron un estudio sobre **“La seguridad del enfermo y los procesos sociales en relación con enfermeros en el contexto de la sala de operaciones”** su objetivo fue comprender la percepción de enfermeros sobre seguridad del paciente en el contexto de la sala de operaciones y su tipo de estudio fue descriptivo, en 50 momentos de la observación participante y seis entrevistas semi estructuradas con enfermeros de la sala de operaciones central en un hospital público de las Islas de Sotavento, Praia, en Cabo Verde; dando como resultado una relación desfavorable para seguridad del paciente, en los aspectos lavado de manos quirúrgico con copelación durante 2-5 minutos con clorhexidina, uso de lista de comprobación para cirugía segura, verificación de indicadores de esterilización, gestión de conflictos y comunicación entre equipo interdisciplinario, persona como centralidad de la atención. Se llegó a la conclusión que profesionales del quirófano

y las instituciones deben tener en cuenta normas, supervisión, auditoría y protocolos como puntos fuertes para seguridad del paciente en el contexto de la sala de operaciones ⁽¹⁹⁾.

Vicente Bernalte, Martí María, Orts Cortés Isabel, Loreto Maciá Soler (2014) España, hicieron un estudio sobre **“Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica”** Cuyo objetivo fue evaluar las percepciones, opiniones y conductas que tienen los enfermeros y auxiliares de enfermería sobre seguridad del paciente en el servicio quirúrgico de un hospital público del Sistema Nacional de Salud español. Es un estudio observacional, transversal, llevado a cabo empleando la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, la muestra estuvo constituida por profesionales de enfermería y se realizó un análisis descriptivo e inferencial en función de la naturaleza de las variables y las condiciones de aplicación de los test estadísticos. Los resultados más destacados fue que no se encontró ninguna fortaleza en el servicio quirúrgico; 64,0% de las áreas principales requieren mejora; 52,9% apoyo de la gerencia del hospital en materia de seguridad del paciente; el 52,3% califica el grado de seguridad del paciente entre 7 y 8,99 (en una escala de 10); el 79,7% no notificó ningún incidente durante el último año ⁽²⁰⁾.

Castro Hernández Flor Ivonne, Zavala Suárez Etelvina, Ramírez Hernández Cynthia, Villela Rodríguez Esther (2012) México, presentaron un estudio sobre **“Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel”** cuyo objetivo fue determinar si el profesional involucrado en el área, identifica y aplica las medidas de seguridad al realizar su trabajo en un hospital de segundo nivel en el Estado de México, el método de estudio que utilizaron fue descriptivo, observacional y transversal y se aplicó un instrumento el cual consta de dos secciones: la primera identifica el conocimiento de las 6 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y en la segunda parte se observa si el profesional involucrado en el área aplica dichas metas. Los

resultados fueron; Meta 1: Identificación del paciente 55% Meta 2: Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud 53% Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo 50% / Meta 4: Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto 57%; Meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica (lavado de manos) 57% Meta 6: Reducir el riesgo de caídas, es la meta que más identifica el personal de enfermería 75%. Estos hallazgos evidencian la necesidad de que el personal de enfermería de las instituciones de salud se adhiera a los lineamientos y estrategias que están establecidas para promover la seguridad y calidad en la atención sin dejar a un lado la incidencia e importancia de prevenir los eventos adversos (21).

Gómez Ramírez Olga, y colaboradores (2011) Colombia, el estudio fue “**Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá**”. Cuyo objetivo fue caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá, durante el primer trimestre del 2009. Este estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. El estudio es descriptivo, transversal, exploratorio realizado durante el 2009. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería y la medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los resultados se evidenciaron por ser positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente y llegaron a la conclusión que las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente (22).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Arrieta A, Suarez G, Hakim G, Suárez G. (2017) Lima- Perú. Realizaron un estudio sobre **“Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en hospitales privados y públicos en Perú”** cuyo objetivo fue Evaluar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales peruanos desde la perspectiva de los profesionales de la salud y evaluar las diferencias entre los sectores de la salud privados y públicos. La seguridad del paciente se define como la minimización y prevención de lesiones o eventos adversos del paciente como resultado de los procesos de atención médica; Un estudio transversal no aleatorio realizado en línea (virtual), se llevó a cabo con una encuesta en línea fue administrada de julio a agosto del 2016, en Perú. Este estudio informa los resultados de Lima y Callao, que son la capital y la región portuaria de Perú, se utilizó el cuestionario "Hospital Patient Safety Culture Survey" en su versión en español de la Agency for Healthcare Research and Quality, en la cual participaron un total de 1679 profesionales de la salud que completaron la encuesta; los participantes fueron médicos, residentes médicos y enfermeras que trabajan en centros de atención del sector privado y el sector público.

Los principales resultados a los que llegaron fueron que de un total de 1679 profesionales de la salud que completaron la encuesta, 50% eran médicos, 19% residentes médicos, 17% enfermeras y técnicos de enfermería y 14% otros profesionales de la salud (obstetras, dentistas, etc.). Solo el 18% de los profesionales de la salud evalúan el grado de seguridad del paciente en su unidad de trabajo como excelente o muy bueno. Se observaron diferencias significativas entre los grados de seguridad del paciente en el sector privado (37%) en comparación con los subsectores públicos (13-15%). Además, en todas las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, los profesionales de la salud del sector privado dieron respuestas más favorables para la seguridad del paciente que las de los subsistemas públicos. La diferencia más significativa en la asistencia proviene de los administradores de seguridad del paciente a través de la comunicación y la información sobre los errores, a la conclusión que llegaron fue

que en general, el grado de seguridad del paciente en el Perú es bajo, con brechas significativas que existen entre los sectores privado y público (23).

Martínez Chuquitapa Vanessa Lucy (2015) Lima-Perú. Realizó un estudio sobre la **“Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015”** tuvo como objetivo determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo. En 45 enfermeras se aplicó mediante encuesta, un instrumento denominado “Encuesta de seguridad del paciente” validado en el 2010 por Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Se evidencio dentro de los resultados que los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “Grado de apertura de la comunicación”, la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad,” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”. En relación a la Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, se observó que del 100%(45), el 51,1%(23) tienen una cultura fuerte, mientras que un 48,9%(22) tienen una cultura débil.

La presente investigación, logro traducir las diversas Percepciones que tienen las enfermeras sobre la Seguridad del Paciente, refiriendo como un resultado general la aceptación mayoritaria de las entrevistadas por el enfoque de Cultura de Seguridad propuesta al inicio de la investigación, del que se han logrado identificar diversas respuestas en base a las dimensiones establecidas. En relación a la Cultura de seguridad del paciente, se puede apreciar que a pesar de que hay una cultura de seguridad fuerte con un 51.1%, existe un alto porcentaje 48.9%, que denota que existe una cultura de seguridad débil, situación que exige tanto al personal de salud como a la institución en general, tomar en cuenta los diversos estándares institucionalizados por la OMS en el que se privilegia la importancia de valorar el grado general de seguridad en el paciente, considerando la seguridad

como un principio fundamental de la atención al paciente y como un componente crítico de la gestión de la calidad. Al mismo tiempo que es un factor relevante para cualquier enfoque si se habla sobre la seguridad; conformado además por la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización en general, acerca de sus propios niveles de seguridad. Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso anual de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados. Respecto a la Percepción de la Seguridad en el Paciente, dimensión que tiene que ser valorada al encontrarse una cultura débil con más del 50%; convirtiéndose así en una oportunidad de mejora, reforzándola y/o aplicando estrategias, en la medida que ésta permite identificar si los procedimientos y sistemas integrados en el servicio son óptimos para prevenir errores que no repercutan en la seguridad del paciente. (24)

Campos Rubio, Lucy Chico Ruíz Julio, Cerna Rebaza Lisi (2014) **Trujillo “Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Lazarte Echegaray”** cuyo objetivo general fue determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo peri operatorio en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Se seleccionó como población a 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación post anestesia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. El tipo de estudio fue cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación. Siendo los resultados obtenidos en el cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente, en la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad solo un 37%, en la fase transoperatoria el nivel bueno de calidad fue solo 63% y en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad fue 70% por tanto se concluye que el promedio de la fase perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico (25).

Ore Rodríguez, María del Rosario (2010) Lima-Perú. Realizó un estudio de investigación sobre “**Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico**”; Cuyo objetivo fue describir el saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas postquirúrgicas en un hospital de cuarto nivel. La investigación fue descriptiva de abordaje cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del cuidado seguro. Los resultados que se obtuvieron develaron dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto (cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud) y el proceso del cuidado seguro sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un aseguramiento del paciente (la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación). Se concluye entonces que el cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud (26).

2.2. Marco Conceptual – Teórico

2.2.1 Error:

Es la incapacidad de completar una acción tal como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo dado (error de planificación). Es el fracaso de una secuencia de actividades físicas o mentales planeada para alcanzar un resultado pretendido, y que dicho fracaso no pueda atribuirse a la casualidad. Es una equivocación, una conducta o juicio erróneos e involuntarios, que generalmente se manifiesta al hacer incorrectamente las cosas (comisión) o no hacer lo que es correcto (omisión) (27).

Los errores, según la Real Academia de Lengua Española son: “un concepto equivocado o falso juicio; cosa hecha erradamente; vicio del consentimiento causado por equivocación de buena fe que anula el acto jurídico si afecta a lo esencial de él o de su objeto; diferencia entre el valor medido o calculado y el real” (28) “Un lapsus es una falta o equivocación cometida por descuido” (27).

2.2.2 Error Clínico

Se define como el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas (29).

En nuestro medio las definiciones del error clínico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología en enfermería profesional, quiere decir, vinculada, al deber, al humanismo, hermandad y solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana (30).

2.2.3 Teorías del Error

Médicos, enfermeras, y farmacéuticos están entrenados para tener cuidado y ser altamente funcionales. Su misión es “primero, no hacer daño”. Sin embargo, el Instituto d Medicina afirmaba que más personas mueren a cada año a causa de errores en la atención que las que mueren por cáncer de mama o por accidentes de tránsito. A pesar de que puedan estar muy bien entrenados, y trabajar muy duro, médicos y enfermeras, cometen errores al igual que el resto de personas (27).. Sin embargo, parece que los errores son una característica universal de los procesos de atención de salud y debemos preguntarnos ¿por qué suceden? ¿Quién o quiénes son culpables? ¿Hay errores inofensivos? ¿Se debe castigar a alguien? Y, finalmente, ¿qué hacer para que no vuelva suceder? Dos autores nos han proporcionado la base teórica para comprender la génesis de los errores, y sus enfoques pueden considerarse complementarios (31).

Charles Perrow y el error normal

Sociólogo de la Universidad de Yale, introdujo el término accidentes normales, que debe entenderse como sinónimo de accidentes inevitables. En ningún momento se refirió al sistema de salud, pero su aportación contribuye a entender por qué se generan los errores, sobre todo en áreas que cuentan con múltiples equipos de alta tecnología. El error normal es el accidente que se puede esperar del funcionamiento habitual de un sistema tecnológicamente complejos (32)

Un sistema es un conjunto de elementos interdependientes que interactúan para lograr un objetivo común. Los elementos pueden ser tanto humanos como materiales. En el área de la salud se considera como un sistema el quirófano, la unidad de hemodinamia, una unidad obstétrica, una terapia neonatal, etc. A su vez el quirófano pertenece a una unidad quirúrgica, que es parte de un hospital, que a su vez forma parte de un sistema de salud. Los sistemas modernos están compuestos de miles de piezas y múltiples procesos, los cuales se interrelacionan de tantos modos que es prácticamente imposible preverlos en su totalidad. En la atención médica se interrelacionan una gran cantidad de procesos y recursos físicos y humanos. La causa y frecuencia de un error están directamente relacionadas con la complejidad del sistema, de manera que fallas triviales pueden llegar a convertirse en eventos catastróficos cuando interactúan. El problema surge cuando una parte es única e insustituible o sirve para múltiples funciones, porque si esta parte falla, todas las funciones dependientes de esa función van a fallar. El término normal tiene el sentido de propiedad inherente al sistema que ocasionalmente permite que aparezcan interacciones múltiples e inesperadas entre las fallas, emerge de las propiedades del sistema mismo y, aparentemente, no hay nadie a quien culpar o hacer responsable de su existencia. El concepto de accidentes normales se sustenta en dos situaciones que suceden en los sistemas: una complejidad interactiva y un acoplamiento sólido. La primera se refiere a la presencia de dos o más fallas discretas (fallas simples, específicas y aisladas), éstas pueden interactuar de una forma inesperada y pueden afectar los subsistemas de soporte. El acoplamiento sólido se refiere a la presencia de conexiones intrínsecamente entrelazadas que tienen efectos rápidos e importantes entre sí.

Para identificar las fuentes potenciales de las fallas Perrow utiliza el acrónimo DEPOSE, del inglés Design limitations, Equipment failures, Procedural errors, Operator errors, problems in Supplies and materials, and unknown variables in the Environment (limitantes de diseño, fallas de equipo, errores de procedimiento, errores de operador, problemas de suministro y materiales y variables desconocidas en el medio ambiente). Podemos apreciar mejor estos conceptos si se toma en cuenta una sala de operaciones, la cual debe cumplir requerimientos específicos en

su construcción (diseño): necesita equipo especializado para el anesestesiólogo, el cirujano y la enfermera (equipo); cuenta con una serie de procesos desde la antisepsia del área a intervenir, la funcionalidad del equipo de anestesia y la lista de verificación (procedimientos); requiere de profesionales y técnicos que manejen diferentes máquinas como el equipo de rayos X, las bombas de infusión, monitores, aspiradores, electrocauterio, etc. (operadores de equipos); debe tener una gran cantidad de material e insumos como gasa estéril, pinzas, separadores, prótesis de cadera o un stent (suministros y materiales); y cuenta con un medio ambiente que abarca los factores ergonómicos de trabajo y el clima organizacional. El sistema de salud es un sistema complejo donde confluyen decisiones directivas de todos los niveles, acciones humanas tanto operativas como administrativas, una gran cantidad de instrumentos específicos que van desde una pinza común hasta el equipo más sofisticado y tecnológicamente de vanguardia, una cantidad enorme de procesos, los cuales son dinámicos y cambiantes y no pueden ser iguales en cada unidad médica debido a las características propias de cada área y, finalmente, las decisiones que se van generando continuamente por cada una de las personas que interviene en cada proceso. Así, los conceptos de Charles Perrow permiten apreciar la complejidad del sistema y la posibilidad de que se genere, en cualquier punto, alguna falla inherente a la dinámica del propio sistema, errores que saltan inesperadamente del factor humano, del funcionamiento de una máquina o de la continuidad de un proceso. En el contexto de una visión sistémica, una falla trivial puede alterar sustancialmente, al sumarse a otras fallas similares, los resultados deseados. Pero a pesar del enfoque del error inherente al sistema, una investigación más profunda mostrará sus causas . (33)

James Reason y el enfoque sistémico del error

Profesor de Psicología de la Universidad de Manchester, Reason contribuyó a identificar los factores humanos que están presentes en los errores, los cuales son producto de la convergencia de otros múltiples factores. Cuestionó el punto de vista enfocado en la persona que cometió el error, pues en este caso culpar a la persona no va a evitar que ese mismo error vuelva a suceder. Un enfoque más acertado

para entender por qué suceden los errores es el enfoque sistémico. Es decir, tomar en cuenta todas las situaciones que se suman en la génesis del error y apreciar a éste sólo como la parte final de una cadena de eventos. Así, se identificarán todas las condiciones latentes que existen en los procesos y en los sistemas y que contribuyen a la producción del error. Según Reason existen tres formas diferentes de explicar el error ⁽³⁴⁾

- El error lo comete la persona. Los errores son vistos como producto de un proceso mental caprichoso: olvidos, inatenciones, distracciones, descuidos. A la persona que comete el error se le carga la culpa, se le señala, exhibe, avergüenza, castiga o destituye. En este modelo la solución es evidenciar a la persona que comete el error y castigarla, pero esta forma de actuar sólo aísla el error del contexto donde ha ocurrido y no produce prevención de nuevos errores similares ⁽³⁴⁾.
- El error como modelo legal. El profesional responsable no debe cometer errores ya que debe cumplir con el deber de cuidado. Los errores se presentan de manera aislada, pero son suficientes para producir eventos adversos. Los errores con malas consecuencias son considerados como negligencia o son imprudencias que merecen sanciones disuasorias. Los errores vistos de esta manera son frecuentes pero la mayoría sin malas consecuencias. Los factores están presentes a la espera de que suceda un accidente ⁽³⁴⁾.
- El modelo sistémico. La posibilidad de fallar es parte de la condición humana y los eventos adversos son producto de los factores latentes dentro del sistema. La persona que comete el error es el final de la cadena de sucesos y es sólo heredera, más que productora, de las condiciones que propiciaron el error. La solución se enfoca en mejorar las defensas y eliminar en lo posible los errores ⁽³⁴⁾.

La teoría sistémica toma en cuenta tanto a la persona como al sistema. Ambos factores se suman: los actos inseguros que visiblemente cometen las personas y los factores que a lo largo del sistema han estado presentes en diferentes etapas de tiempo. La presencia de distracciones y lapsus no apoya una explicación suficiente para eliminar la responsabilidad de la persona, pero tampoco se culpa por

completo a las fallas del sistema. La premisa básica es que los seres humanos somos falibles y los errores son de esperar incluso en las mejores organizaciones. Los errores se conciben más como consecuencias que como causas, teniendo sus orígenes no sólo en la naturaleza humana sino también en los factores sistémicos que emergen (las condiciones recurrentes que permiten el error en el lugar de trabajo y los procesos organizativos que lo favorecen). Culpar a las personas es emocionalmente más satisfactorio que centrarse en las instituciones. Las personas son vistas como agentes con libertad para elegir un modo de comportamiento seguro o inseguro. Si algo sale mal, parece obvio que una persona o grupo de individuos deben ser los responsables. El interés de los directivos es deslindar los actos inseguros de una persona de cualquier responsabilidad institucional. Una idea central son las defensas y barreras del sistema. Cuando un evento adverso ocurre, lo importante no es saber quién cometió el error, sino cómo y por qué fallaron las defensas (34).

Modelo del Queso Suizo en el enfoque sistémico del error

Un error pasa por múltiples agujeros formados en las diferentes capas, las cuales son consideradas como defensas y barreras para evitar que el error se consume. Los agujeros en las defensas surgen por dos razones: las fallas activas y las condiciones latentes. Prácticamente todos los eventos adversos incluyen una combinación de estos dos conjuntos de factores. Las fallas activas son los actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema y toman una variedad de formas: resbalones (torpezas y tropiezos), lapsus, errores y violaciones en los procesos. Las fallas activas tienen una incidencia directa y de corta duración en la integridad de las defensas, el resultado negativo es casi inmediato. Las condiciones latentes, más que fallas, son factores y situaciones que se encuentran en el sistema y pueden estar como dormidos durante muchos años hasta que son revelados por las reglamentaciones, las auditorías internas o los incidentes y accidentes. Las condiciones latentes son los inevitables patógenos residentes dentro del sistema y surgen de los planes estratégicos tomados por diseñadores, constructores y directivos de nivel superior, quienes

toman decisiones y redactan políticas y procedimientos. Estas decisiones, necesarias e inevitables, pueden estar equivocadas y tienen el potencial de introducir agentes patógenos en el sistema. Las condiciones latentes tienen dos tipos de efectos adversos: las condiciones en el lugar de trabajo que pueden provocar errores y crear agujeros duraderos (p. ej., presión de tiempo, falta de personal, equipo inadecuado, fatiga y falta de experiencia) y las debilidades en las defensas (indicadores y alarmas no confiables, procedimientos impracticables, deficiencias en el diseño y la construcción, etc.). Como lo indica el término, las condiciones latentes pueden estar inactivas en el sistema durante mucho tiempo antes de que se combinen con fallas activas y con factores desencadenantes para crear una oportunidad para que ocurra un accidente. A diferencia de las fallas activas, cuyas formas específicas son difíciles de prever, las condiciones latentes pueden ser identificadas y solucionadas antes de que ocurra un evento adverso. Entender esto lleva a una administración proactiva de los riesgos en lugar de una administración reactiva. Normalmente, la presencia de agujeros en una o más rebanadas no causa un mal resultado. Por lo general esto sólo sucede cuando los agujeros de muchas capas se alinean momentáneamente y generan la oportunidad de que haya una trayectoria hacia el accidente. La metáfora del queso suizo ejemplifica cómo los errores organizacionales en rara ocasión producen un desastre, pues se requiere de un alineamiento de los agujeros para permitir una trayectoria hacia el error (anexo 9). Las barreras y defensas ocupan una posición clave en el enfoque de sistemas. Los sistemas complejos tienen muchas capas de defensa: algunas son de diseño (alarmas, barreras físicas, cierres automáticos, etc.), otras dependen de las personas (cirujanos, anesthesiólogos, pilotos, operadores de sala de control, etc.) y otras dependen de los procedimientos y controles administrativos. Su función es la de proteger a las personas de los peligros y la mayoría lo hacen de manera muy eficaz, pero siempre hay debilidades (27) (34) (46).

2.2.4 Eventos Adversos

La evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención de salud destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves,

causando invalidez permanente o la muerte. Los eventos adversos con frecuencia se insertan en una serie de hechos que generalmente involucran (27) (46):

- Errores en la atención.
- Incidentes que casi causan daño (near miss)
- Eventos adversos leves.
- Eventos adversos graves.

Se estima que el 10% de los pacientes hospitalizados sufren un evento adverso. Es “un daño inesperado del paciente relacionado con la atención sanitaria recibida y que no está relacionado con el curso natural de su enfermedad”. El daño ocasionado tiene, o puede tener, consecuencias muy graves para el paciente que pueden ocasionarle incapacidad o disfunción permanente e incluso la muerte, este debe ser reportado en un máximo de 72 horas después de ocurrido. Cuando un evento causa un daño grave o irreversible para el paciente se le denomina evento centinela, el cual es definido como “suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas”, este debe ser reportado de inmediato o en máximo de 5 horas después de ocurrido. Los “near miss” son toda variación del proceso que no afectó el resultado, pero cuya recurrencia implicó una probabilidad importante de tener resultados adversos graves, se deben reportar en un máximo 72 horas después de ocurrido³⁰. Algunos de los eventos adversos y centinelas ocurren en circunstancias en que existen medidas de prevención no utilizadas y son el resultado de una cadena de sucesos que pueden dañar al paciente. Por otro lado, la organización Mundial de la Salud, define un evento adverso, como el fenómeno que produce cambios desfavorables en las personas, la economía, los sistemas sociales o el medio ambiente; puede ser de origen natural, generado por la actividad humana o de origen mixto y puede causar una emergencia o un desastre, en definitiva, es un riesgo mal administrado por las autoridades locales. La mejora de la calidad de la atención en salud tiene entre sus objetivos aumentar la seguridad del paciente. Actualmente se tiene mayor acceso a las evidencias de los reportes de eventos adversos, así como del daño que estos causan a los pacientes, mediante

las cuales se puede analizar su prevalencia e incidencia para promover mejoras (34) (35)

2.2.5 Seguridad Del Paciente

ORIGEN Y EVOLUCIÓN

La seguridad del paciente puede ser entendida como el conjunto de acciones orientadas a la protección del paciente contra riesgos y daños innecesarios durante la atención médica. La seguridad del paciente involucra aspectos propios de la seguridad humana en salud, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica, por lo que no depende solamente de la atención que proporcionan al paciente directamente los profesionales de la salud. En sentido estricto, seguridad del paciente significa atención sin riesgos ni daños, situación ideal y al mismo tiempo poco realista ya que ningún sistema de salud puede garantizar a los pacientes una atención totalmente libre de riesgos. Para efectos prácticos, la seguridad del paciente es el conjunto de acciones cuyo fin principal es reducir al máximo posible los riesgos y fallas a los que está expuesto un paciente, así como evitar los daños o eventos adversos, algunos de los cuales pueden ser tan severos que ocasionan la muerte. El reconocimiento del error en la atención clínica y el daño a los pacientes se empezó a evidenciar desde mediados del siglo pasado a través de publicaciones en las que se reconocieron tácitamente las fallas de los sistemas de atención. Hacia finales de ese siglo, se empezaron a publicar las tasas de daños atribuibles a fallas en la atención médica, conocidas como eventos adversos (27) (46).

Esas publicaciones alentaron una corriente de opinión favorable para promover políticas, programas y estrategias dirigidos a mejorar la seguridad del paciente, cuyo objetivo principal es la disminución de errores en el sistema sanitario, así como la prevención de eventos adversos y daños innecesarios en los pacientes. Cabe destacar que, a partir de estudios sobre seguridad del paciente, se extendió por el mundo la preocupación por contar con sistemas de atención más seguros, originando que diversos países empezaran a desarrollar políticas y estrategias para reducir los errores de la práctica clínica y mejorar la seguridad de los pacientes. Tal

es el caso del Reino Unido, que en 2001 puso en marcha un plan gubernamental para promover la seguridad del paciente a través de un programa denominado *Building* cuyas acciones se establece la obligatoriedad para notificar complicaciones derivadas de la atención sanitaria. El estudio retrospectivo del grupo de Harvard, y otros estudios efectuados con una metodología similar de revisión de expedientes, han contribuido a precisar la tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Dentro de esos estudios se encuentra el estudio de prevalencia en hospitales realizado en 2005 en España, cuya tasa de EA fue de 8.4% para la atención hospitalaria y de 9.3% si se toma en cuenta a los pacientes atendidos en forma ambulatoria. El estudio IBEAS, realizado en el 2007 en hospitales de cinco países de América Latina, mostró tasas de EA por país que oscilaron entre 7.7% y 13.1%. De los estudios realizados, en el que se encontró la tasa más alta, de 16.6%, fue en el denominado The Quality in Australian Health Care Study (QAHCS), realizado en 1995. Por el contrario, la menor tasa 2.9% se encontró en los estudios efectuados en 1992 en los estados de Utah y Vermont de EUA. Con una tasa intermedia se encuentran los realizados por Vincent y colaboradores en Londres, en 1999 y 2000, con una tasa de 10.8%; el de Nueva Zelanda, realizado en 1995, con una tasa de 12.9%; y el de Canadá, de 2000, con una tasa de 7.5%. Se ha tratado de explicar que la variabilidad de estos resultados depende del objetivo del estudio, el tipo de servicios que se selecciona para realizarlo y el tipo de población. Cabe señalar que cuando los estudios se realizan con una metodología prospectiva o en unidades específicas, como las de cirugía y cuidados intensivos, se obtienen tasas de eventos adversos más elevadas. Asimismo, se debe destacar que en aquellos estudios que han investigado la posibilidad de prevenir los eventos adversos, se ha encontrado que cuando menos 50% de ellos se pudo haber evitado. Con sustento en los resultados de esos estudios, hoy se acepta que la tasa de EA en pacientes hospitalizados es de alrededor de 10%. En otras palabras, de cada 10 internamientos, cuando menos uno presentará eventos adversos. Además de los estudios antes descritos, se han efectuado estimaciones acerca del costo de los eventos adversos para los sistemas de atención. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones

intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6 mil millones y 29 mil millones de dólares estadounidenses. Una estimación realizada en el 2010 en España acerca del impacto económico, refiere que, con los costos debidos a estancias innecesarias generadas por eventos adversos, se podrían construir seis hospitales de 500 camas. Lo más importante es tener conciencia de que la inversión en acciones de seguridad del paciente puede tener una alta rentabilidad económica, ya que el ahorro puede ser muy superior a los gastos que produce (27) ' (46).

RELEVANCIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al hacer su ingreso a una institución de salud; los pacientes buscan la mejora en su estado de salud (físico-psicológico); y no la agudización de sus males, ni mucho menos fallecer como resultado de los errores humanos en la práctica clínica. Basándose en el principio de Hipócrates: *Primum Non Nocere*, el cual establece la constante observación con el objetivo de evitar o paliar los resultados negativos derivados de la práctica clínica (36). Se busca satisfacer las expectativas del paciente, la cual se asocia a la atención en salud de forma responsable y éticamente aceptada así como contar con servicios médicos accesibles; atención oportuna y fiable; ambientes con los estándares de seguridad y comodidad mínimamente aceptables; personal de salud en cantidad y capacidad profesional para los distintos tipos de atención, según el área de desempeño profesional y por último, resultados satisfactorios durante todo el proceso de atención en salud y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención (37). También cabe mencionar la necesidad de seguridad de la persona (especialmente del paciente).

Según Maslow, la seguridad de las personas ocupa el segundo lugar dentro de las necesidades básicas de aquellas; este concepto ha servido de base para el desarrollo de una de las teorías básicas dentro de la profesión de enfermería, como lo es la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Así también Dorotea Orem, usa la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow, determinando el déficit (ausencia de satisfacción de una necesidad) dentro de su teoría indicando que la seguridad nace cuando la fisiología humana está satisfecha cabalmente en

sus funciones, lo cual se refiere a sentirse seguro y protegido (38). Como puede apreciarse, la relevancia de la seguridad tiene su origen desde las teorías base para la profesión de enfermería. A pesar de la complejidad que implica la atención hospitalaria, la cual se realiza en situaciones de estrés, pudiendo tener acontecimientos indeseables, en ocasiones sin causar daño y en otras circunstancias comprometiendo seriamente la vida del paciente; y siendo la toma de decisiones el indicador más importante en la atención clínica; no se debe pasar inadvertido el papel del factor humano en la implementación de normas y procedimientos para un desempeño seguro en la atención clínica, mediante el trabajo en equipo, compartiendo responsabilidades y objetivo (39).

La seguridad del paciente nace cuando el personal de salud tiene una correcta toma de conciencia sobre la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos, tomando las medidas preventivas correspondientes como parte del equipo de salud, haciendo extensiva las medidas adoptadas a toda la organización hospitalaria y en todos sus niveles; teniendo la capacidad de afrontar situaciones desfavorables y aprender de ellas, para así, mediante la experiencia, crear sistemas y procedimientos de control (40).

DEFINICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la seguridad del paciente como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se fundamenta en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científicamente probada, con el objeto de reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de minimizar sus consecuencias (41).

Así mismo, indica que, la seguridad del paciente se ha transformado en un principio fundamental de la salud; puesto que existe cierto grado de peligrosidad inherente en cada paso del proceso de atención en salud; consecuentemente la probabilidad de cometer errores es parte de la condición humana, particularmente en ambientes en que la incertidumbre de ciertas variables en la capacidad de resolución en la toma de decisiones y la variabilidad propia de la fisio-anatomía de la persona

reprime un resultado exacto, siendo un claro ejemplo la atención brindada por el personal de salud⁴¹; dando origen a los incidentes que son entendidos como eventos o circunstancias que podrían haber generado daño innecesario al paciente, ya sea intencional o no (omisión) ⁽⁴²⁾.

DIMENSIONES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Trabajando en equipo dentro de las unidades

Uno de los elementos más importantes para el cumplimiento de los objetivos de la una organización son los equipos de trabajo. El trabajo en equipo es un elemento poderoso que estimula la creación de ideas, en él se combinan las habilidades y experiencias de sus miembros y es un complemento de la iniciativa y el desempeño individual, ya que estimula altos niveles de compromiso hacia fines comunes. El trabajo en equipo multiplica las posibilidades para generar conocimientos nuevos y motivar el aprendizaje. Es importante señalar que una persona no compartirá sus conocimientos a menos que exista un ambiente de confianza e interdependencia. Los integrantes de los equipos son responsables de un proceso de trabajo y, por ende, de un servicio. Sus miembros trabajan juntos para planear, controlar y mejorar su propio desempeño ⁽⁴³⁾.

2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes

Dentro de la cultura de seguridad del paciente, los líderes deben favorecer la creación de un entorno en el que la excelencia en la asistencia florezca y, para ello, debe fomentar una cultura que estimule la mejora continua y facilitar los medios para que se produzca. Una cultura en la que la calidad sea cosa de todos, no de los mejores o los peores, y en la que cuando sucede un efecto adverso lo importante sea no quién cometió el error, sino por qué se produjo y qué factores en la organización contribuyeron a crear las condiciones para que los errores se produjeran. Un entorno en el que la buena práctica sea la notificación de los incidentes y no la ocultación por temor a las consecuencias o a que se considere una deslealtad ante los compañeros, una cultura en la que se aprenda de los

errores y se difundan las buenas prácticas y en la que la dirección sea capaz de tomar las medidas adecuadas para resolver los problemas y para evitar que se repitan al promover el *feedback* de lo realizado a todos los profesionales. El líder debe potenciar esta cultura, una vez creada, demostrar su compromiso por medio de su participación e implicación en actividades relacionadas con la seguridad del paciente y favorecer el desarrollo de un aprendizaje continuo en la organización como pilar principal de la cultura de seguridad ⁽⁴³⁾.

Las funciones de un líder dentro de la cultura de seguridad del paciente:

- Fomentar una cultura abierta y justa
- Liderar su equipo
- Integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización
- Promover la comunicación de eventos adversos
- Involucrar y comunicar a pacientes y familiares
- Aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden
- Implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema ⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴⁵⁾.

3. Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas

Es la capacidad de las organizaciones de crear, organizar y procesar información desde sus fuentes, para generar nuevo conocimiento individual, de equipo, organizacional e interorganizacional, generando una cultura que lo facilite y permitiendo las condiciones para desarrollar nuevas capacidades, diseñar nuevos productos y servicios, incrementar la oferta existente y mejorar procesos orientados a la perdurabilidad ⁽⁴⁶⁾

Asimismo, en el marco teórico de calidad que se ha construido a través de varias décadas y las etapas por las que ha transitado su desarrollo permiten hoy en día disponer de diversos modelos para impulsar sistemas de gestión de calidad en las diversas organizaciones, incluidas las de salud. La calidad no es algo que se pueda lograr sólo con esfuerzos aislados del personal de un departamento o área

de trabajo, sino que es el producto del esfuerzo sistematizado que involucra a todas las áreas y a todos los trabajadores. En esencia, un sistema de gestión de calidad total (GCT) es una herramienta gerencial que se construye con un pensamiento integrador, para establecer y cumplir los objetivos de calidad en toda la organización, para lo cual es fundamental (27)

- Tener un enfoque sistémico que incluya el diseño de objetivos de calidad, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del usuario, actuales y de mediano plazo.
- Definir las necesidades del usuario y diseñar los productos o servicios de modo que respondan a los requerimientos del usuario para lograr su satisfacción.
- Diseñar y desarrollar procesos que permitan obtener productos o servicios con características diferenciadoras que conviertan a la organización en un referente tanto para los usuarios como para otras organizaciones.

4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente

Para comprender cómo se evalúa la calidad de la atención desde el punto de vista de quien la recibe, es importante comenzar a analizar la naturaleza del trabajo que se realiza en las instituciones de salud, el personal que trabaja en hospitales y otro tipo de instituciones donde se realiza la atención primaria de la salud de las personas o de personas con problemas manifiestos de salud. Según la norma ISO 9000:2008 un servicio es: “el resultado de llevar a cabo al menos una actividad, que generalmente es intangible, en la interfaz entre el proveedor y el usuario. La prestación de un servicio puede implicar una actividad realizada sobre un producto tangible suministrado por el usuario”. De acuerdo a los estudios realizados por organizaciones como la OMS, la American Public Health Association, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals y otras, hay otros atributos que deben reunir los servicios de salud para ser considerados de calidad. Entre ellos destacan (27)” (47)

- Efectividad. Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable.
- Eficiencia. Relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles, o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
- Accesibilidad. Facilidad con que se obtiene, en cualquier momento, la atención de salud, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquica y cultural.
- Competencia profesional. Capacidad del profesional para utilizar plenamente sus conocimientos al ejercer su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional, y tanto al profesional sanitario como a la organización (27).

Por otro lado, las organizaciones tienen las siguientes atribuciones y obligaciones (48):

- Organizar y prestar los servicios de atención médica general y en la especialidad de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y demás especialidades de apoyo, de acuerdo al tipo de unidad, con apego al sistema de referencia y contra referencia.
- Difundir y observar las normas de atención médica, paramédica, enseñanza y capacitación, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Implantar los procedimientos que garanticen la debida operación de los servicios hospitalarios.
- Realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación, medicina preventiva, epidemiología y salud reproductiva.

- Organizar, prestar y mejorar la calidad de los servicios de enfermería, trabajo social, laboratorio clínico, radio diagnóstico, anatomía patológica, anestesiología, banco de sangre, ultrasonografía, radioterapia, dietética, admisión, estadística, archivo clínico, farmacia, y los demás que otorgue la unidad hospitalaria; conforme a las normas y procedimientos vigentes.
- Elaborar el programa anual de supervisión, evaluación y auto-evaluación de servicios que presta la unidad, mismas que deberán estar encaminados a la acreditación y/o certificación de la unidad hospitalaria; así mismo informar el avance, resultados y en su caso, las acciones correctivas adoptadas (49)

5. Percepciones generales de la seguridad del paciente

Si la salud no es solo la ausencia de enfermedad, podemos afirmar que la Seguridad del Paciente no es solo la ausencia de riesgos. Existe un “continuo riesgo-seguridad” que exige poner el foco a varios niveles diseñando estrategias para favorecer que la balanza se incline hacia la seguridad. Estas estrategias deben desarrollarse en los ámbitos institucional, profesional, político y social, de manera que se diseñen y organicen escenarios de atención con bajo riesgo, que se enfoque la competencia y prácticas profesionales de modo seguro y que la Seguridad del Paciente se incluya como prioridad en la agenda de las organizaciones que influyen de manera directa o indirecta en la atención sanitaria (47).

Comunicación e información sobre errores

Todos cometemos errores, y uno de los más comunes es sobreestimar nuestra capacidad de hacer lo correcto en condiciones en las que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de los recursos óptimos y los problemas personales son circunstancias frecuentes. Los despistes —distracciones o fallos de la atención (slips) — y los olvidos —fallos asociados a la memoria (lapses) — son errores que ocurren cuando se realizan inadecuadamente actividades cotidianas de forma rutinaria o inconsciente. La atención a la salud es una actividad compleja y todos los profesionales pueden equivocarse. Como señala

la epidemiología, con mayor probabilidad aquéllos que utilizan técnicas novedosas o complejas y quienes desempeñan su actividad en servicios quirúrgicos. En dependencia del momento del proceso asistencial en que ocurren, pueden diferenciarse: errores relativos al plantear y realizar pruebas diagnósticas; concernientes a la elección y aplicación de tratamientos; técnicas de prevención; procedimientos de cuidado y seguimiento de los pacientes; y errores relacionados con el uso de los múltiples dispositivos y equipos disponibles⁽⁴⁷⁾.

6. Grado al que la comunicación es abierta

Lo fundamental es perder el temor/miedo al reconocimiento del error. De particular interés es el enfoque centrado en el paciente, proporcionando especial atención al individuo. En esta comunicación se debe progresar de la preocupación por el enfermo y su “dolor”, pasando por el análisis del problema, hasta llegar a la aplicación de acciones concretas (decisiones críticas) para la solución del problema. Pensar siempre en mejorar la seguridad del paciente y el sistema de atención, permitirá llevar a buen término todo el proceso. En este orden de ideas, la comunicación abierta incluye al paciente, sus familiares, otros profesionales involucrados en la atención y, por supuesto, a las autoridades hospitalarias y gubernamentales⁽⁵⁰⁾.

7. Frecuencia de incidentes reportados

Las principales ventajas que reportan los sistemas de notificación y registro tanto de eventos adversos (EA) como de incidentes son⁽⁴⁷⁾:

- Contribuyen a la estandarización de la taxonomía de los efectos adversos.
- Identifican los puntos débiles del sistema, y permiten analizar sus causas.
- Aumenta la conciencia de los problemas de seguridad y facilita el compromiso de los profesionales.

Además, el feedback a los profesionales puede estimular su participación en la mejora de la seguridad. Algunos sistemas de notificación producen boletines

que se pueden utilizar para incrementar la preocupación por la seguridad de los pacientes (27) (47).

- Pueden servir para reducir costos en la medida en que sirven para evitar futuros efectos adversos.
- Además, los recursos para la mejora de la seguridad, si existen, se pueden destinar de manera más efectiva, ya que se identifican áreas para el cambio en la atención a los pacientes. Igualmente, la notificación de incidentes en particular permite:
- Entender por qué los accidentes no ocurren. Muchos formularios para el registro de incidentes identifican las barreras que previenen las situaciones adversas que pueden desencadenar un episodio grave. Estos datos permiten al analista identificar las barreras que han demostrado su efectividad en los incidentes estudiados.
- La frecuencia de los incidentes permite una aproximación cuantitativa al número de EA. Los incidentes ocurren con una frecuencia entre 3 y 300 veces mayor que los EA. Éstos son el pináculo de una amplia base de incidentes, los cuales tienen un proceso causal común con los EA, con lo que el aprendizaje que se desprende de su análisis es también útil para los sucesos que producen lesiones o muerte.

Centrarse en los datos de la monitorización de incidentes añade más valor a la mejora de la calidad que centrarse únicamente en los EA, ya que se pueden abordar los problemas de seguridad antes de que ocurran. La documentación de estos problemas incrementa la probabilidad de que los fallos recurrentes sean detectados y se actúe sobre ellos (27) (47).

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

Las posibles estrategias que se plantean para aumentar la confianza de los profesionales hacia los sistemas de notificación contemplan aspectos tales como

(27) (47):

- Clarificar la definición de los incidentes.
- Simplificar los métodos de notificación.
- Designar personal para facilitar el proceso, realizar feedback (retroalimentación) y explicar al personal la naturaleza y propósito de tales sistemas.
- Introducir cambios en las organizaciones y en el marco legal que conduzcan a cambios de mentalidad en pacientes, profesionales y directivos.
- Anonimato y confidencialidad. En la medida en que los sistemas sean capaces de proteger los datos y garantizar que no se revelarán públicamente, la posibilidad de implicación de los profesionales aumentará. La confidencialidad no debería ser un impedimento para que puedan ser públicos una vez se hayan encriptado debidamente. Y para que estos datos tengan utilidad deberán ser analizados por personas debidamente formadas y familiarizadas con el medio que se está analizando.
- Las instituciones tendrán que realizar un importante esfuerzo para definir políticas que transmitan confianza a los profesionales y aborden aspectos como el apoyo que deben recibir los pacientes y familias víctimas de un problema de seguridad y, también, el apoyo a los profesionales relacionados con el problema. Por ese motivo es necesario diseñar y desarrollar sistemas de comunicación voluntaria, anónima, confidencial y no punitiva, para lo cual se requiere un mayor compromiso de los profesionales y, en ocasiones, mejoras en el sistema legislativo vigente⁽³⁰⁾ (47).

8. Trabajando en equipo a través de las unidades

Trabajar en equipo demanda un compromiso de trabajo inter y multidisciplinario, con responsabilidad compartida, con agradecimiento y reconocimiento de la calidad humana a la vez que se promueve el respeto profesional. Evidentemente los beneficios del trabajo en equipo permiten reducir el error, mejorar la satisfacción personal, incrementar la satisfacción del paciente, mejorar la medición del proceso, reducir reclamos por mala práctica y mejorar el resultado quirúrgico. Todo esto contribuye a crear la cultura de la seguridad ⁽⁵⁰⁾.

9. Dotación de personal

El rol que ejerce el comportamiento humano tanto en la generación como en la resolución de incidentes, además de la influencia directa de la cultura de la organización y el entorno de trabajo en este comportamiento son aspectos a considerar al abordar estrategias de enseñanza o implementación de medidas de mejora.

El estudio del factor humano (FH) engloba todos los factores del entorno, organización, el trabajo y las características humanas e individuales que influyen en el comportamiento en el trabajo y afectan a la salud y la seguridad. Se entiende el FH en su forma individual, es decir, en relación al sujeto en contacto directo con el paciente, o bien en su forma colectiva, que abarca las relaciones que se establecen en el equipo humano que trata al paciente. Durante la gestión de las crisis como paradigma de la necesidad de un trabajo en equipo de alto rendimiento, distintas herramientas han demostrado evidencia en la mejora de resultados del trabajo en equipo y la consiguiente mejoría del resultado seguro en la atención al paciente ⁽⁵¹⁾.

10. Transferencias y transiciones

Se define como transferencia, la comunicación entre profesionales de la salud en la cual se reporta información clínica de un paciente, y se transfiere la responsabilidad del cuidado a otro profesional o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno), o definitivamente (cambio de unidad o de nivel asistencial). En el contexto actual de interés internacional por promover la seguridad del paciente, la transferencia ha sido identificada como un proceso de alto riesgo al que se somete al paciente en múltiples ocasiones durante su proceso de atención que el sistema le presta. Sobre la calidad de la comunicación durante una transferencia influyen otros muchos factores descritos en la literatura, entre los que destacan los siguientes ⁽⁵²⁾

- Situación clínica del paciente, que puede hacer necesaria la priorización de la información.

- Entorno de la transferencia.
- Carga asistencial.
- Tiempo empleado en el proceso de la transferencia.
- Formación y nivel de competencia y experiencia del personal que realiza la transferencia.
- Utilización de lenguaje normalizado.
- Sistema de comunicación utilizado (verbal, documental soporte papel, soporte informático o combinación) (52).

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. La comunicación en el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los traspasos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, incluyendo de admisión atención primaria, desde el médico se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento (53).

11. Respuesta no punitiva a errores

Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar. Ante un incidente el modelo tradicional de aprendizaje se basa en el individual, en el que el individuo detecta, analiza, corrige y aprende del error en un círculo individual que evita en la mayoría de los casos que este individuo vuelva a cometer el mismo error, este es el llamado aprendizaje “single loop” o círculo sencillo, este aprendizaje no se extiende más allá del mismo individuo, frente a este tipo de aprendizaje en cambio está el “double loop” o círculo doble, este implica la comunicación del incidente a la organización para que ésta lo analice, aprenda y cambie las condiciones sistémicas que proporcionaron la aparición del mismo (51).

2.2.6 CULTURA DE SEGURIDAD

No existe por el momento una definición única sobre la cultura de seguridad, pero los estudios y literatura existentes sobre el tema muestran de manera recurrente y como una constante que en aquellas organizaciones con una eficaz cultura de seguridad ésta es percibida por los trabajadores como una prioridad y esa percepción permea en todos los niveles, así como a lo largo y ancho de toda la organización. En dichos estudios se identifican algunos elementos comunes en la mayoría de las organizaciones con cultura de seguridad eficaz (27) (47) (51):

- El reconocimiento de los trabajadores de que existen riesgos en las actividades de su organización.
- La percepción de un ambiente libre de culpa donde los trabajadores pueden reportar errores sin temor a ser castigados.
- La expectativa de encontrar colaboración en su organización para solucionar las situaciones vulnerables.

- La voluntad de parte de la organización para destinar recursos dirigidos a los asuntos relacionados con la seguridad.

La cultura de seguridad es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, por la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad sólo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango. Lograr una óptima cultura de seguridad lleva su tiempo y la organización debe estar consciente de las etapas por las que atraviesa ese proceso. El análisis sobre el desarrollo de la cultura de seguridad en las organizaciones muestra que estas progresan desde un ambiente poco deseable o patológico hasta un ambiente óptimo o generador. Parker y Hudson describieron un marco conceptual para comprender el desarrollo de la cultura de seguridad organizacional, en el cual propusieron que las organizaciones pueden transitar por diversos estadios o niveles de maduración en el camino hacia una cultura de seguridad organizacional óptima o ideal. Los niveles son los siguientes

(27) (47) (51):

- Patológico: la seguridad se ve como un problema, se restringe la información y prevalece la culpabilidad hacia los individuos.
- Reactivo: la seguridad es considerada como importante pero sólo se responde cuando ha ocurrido un daño importante.
- Calculador: se tiende a enfatizar lo normativo y cuando ocurre un incidente se le procura resolver y explicar sin un análisis ni una investigación cuidadosa.
- Proactivo: las organizaciones crean medidas preventivas de seguridad e involucran a todas las personas participantes.

- **Generador:** se busca activamente información para determinar y comprender el grado de seguridad e inseguridad de la organización.

Como se puede apreciar, ya existe un marco conceptual acerca de la cultura de seguridad en las organizaciones y al respecto se puede concluir señalando que la cultura de seguridad organizacional es “el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños”. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, por la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad sólo se logra si existe un compromiso compartido entre todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango ⁽²⁷⁾

Por otro lado, Según la *National Patient Safety Agency for England and Wales* (NPSA) las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias son las siguientes ⁽⁴⁴⁾:

1. **Abierta:** Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
2. **Justa:** No se imponen medidas punitivas.
3. **De aprendizaje:** Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora. Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas formas de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos ⁽⁵¹⁾:

2.2.7 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿A qué se debe el creciente interés por la cultura de seguridad del paciente? Hoy en día existe una urgente necesidad de que los organismos que proporcionan servicios de salud replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima relevancia. No obstante, es evidente que no se puede lograr ese objetivo ni aplicar cambios duraderos e importantes en una

organización si no se replantea el análisis del clima laboral y la cultura organizacional. Si por seguridad del paciente se entiende el ofrecer al paciente condiciones de atención con el menor riesgo posible, no se puede conseguir en un ambiente donde predomina la desconfianza, la pobre colaboración entre los trabajadores y departamentos, la falta de interés de los directivos y una comunicación deficiente. El movimiento por la seguridad del paciente está en marcha y en ese marco se han desarrollado acciones y asumido retos globales, como Atención limpia es una atención segura y Cirugía segura salva vidas. No obstante, a más de un lustro de haberse implementado estas medidas a nivel mundial el lavado de manos y el uso de la lista de verificación no son conductas habituales en todos los profesionales de salud y, por otra parte, la tasa de infecciones nosocomiales y la tasa de eventos adversos son el doble de lo que podrían ser si se llevaran a cabo medidas efectivas para reducirlas por lo que, en general, siguen siendo un problema serio en los hospitales de todo el mundo. Frente a estas realidades, diversas organizaciones han identificado que la cultura de seguridad juega un papel fundamental para mejorar la seguridad de los pacientes y puede ayudar a las organizaciones a dar respuesta a los numerosos desafíos que enfrentan para lograr una atención más segura para sus pacientes. Por analogía con la definición de cultura de seguridad organizacional, la cultura de seguridad para los pacientes puede ser definida en los siguientes términos (27)

“Conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que ayudan a disminuir los riesgos y daños para el paciente”. Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud constituye uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir en lo posible la aparición de incidentes y aprender de los errores de forma proactiva, así como para rediseñar los procesos para prevenir los riesgos y eventos adversos (27)

La propia IOM publicó en 1999 el informe titulado *To Err is human. Building a Safer Health System* (34). En dicho informe reconoce que el sistema de salud de EUA no está brindando a los ciudadanos lo que éstos esperan de él y que la calidad deja

mucho que desear. Este documento alertó a la sociedad y obligó a los tomadores de decisión a definir una política de seguridad del paciente para su país, así como a destinar un sustancial presupuesto para impulsar la seguridad del paciente en dicho sistema de salud. El hecho de que un país con una economía y un desarrollo de los más altos del mundo hayan reconocido que el error es inherente a la condición humana contribuyó a que otras sociedades empezaran a hablar con mayor claridad y transparencia de los errores en la práctica médica. Ciertamente el error es humano y nadie es infalible, ya que todos los días cometemos más de un error, así sea leve, y es por esta cotidianeidad que pueden pasar desapercibidos para muchos y para nosotros mismos. ¿Cómo no reconocer entonces que, en los sistemas de salud, siendo de los más complejos que existen por la pluralidad de acciones y la diversidad de personas que intervienen en la prestación de servicios, puede haber fallas? El enfoque actual de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden vincularse sólo y exclusivamente con las acciones individuales del personal sanitario involucrado, sino que la falla del personal es sólo la conducta emergente que indica que tras ella hay seguramente fallas de diseño, organización y operación del sistema de atención. Entonces, los incidentes están relacionados también con el sistema en el que las personas trabajan. Estudiar qué es lo que falló en el sistema ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que “ayudan a minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente” (32).

CULTURA JUSTA Y CULTURA DE SEGURIDAD

La cultura justa se encuentra dentro de un sistema más completo que es la cultura de la seguridad, la cual está a mitad de camino entre la seguridad del paciente y la cultura organizacional de seguridad, que lo abarca todo. Una cultura de seguridad del paciente implica liderazgo, trabajo en equipo y colaboración, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, aprendizaje, medición, cultura de equidad, sistemas de pensamiento crítico, factores humanos y tolerancia cero. La cultura del reporte, la cultura informada, la cultura de aprendizaje y la flexibilidad cultural son parte integral de la cultura de seguridad. La cultura del reporte implica propiciar un

clima organizacional que favorezca la confianza necesaria para reportar las fallas. La cultura informada se refiere a que quienes dirigen y operan el sistema deben contar con conocimientos actualizados acerca de temas organizacionales, humanos, técnicos y de los factores ambientales para establecer un sistema seguro en toda su extensión. La cultura de aprendizaje implica que la organización debe tener la voluntad y la capacidad de obtener las conclusiones correctas de su sistema de información de seguridad y la voluntad de realizar las reformas necesarias. La flexibilidad cultural es la capacidad de la organización para reconfigurarse a sí misma enfrentando ciertos tipos de peligro y cambiando su modelo jerárquico convencional a un modelo más plano. En última instancia, el modelo de cultura justa trata de crear una cultura abierta, justa y equitativa, una cultura de aprendizaje, y diseñar sistemas de seguridad y administrar opciones de comportamiento (27):

2.2.8 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Las primeras preguntas que surgen cuando en un servicio quirúrgico se plantean cuestiones de calidad son, ¿qué tenemos que hacer? y ¿cómo lo hacemos? Para resolver estas cuestiones, el sistema de salud del Reino Unido (NHS) ha descrito una guía que constituye una referencia para la planificación y el seguimiento de las actividades ligadas a la seguridad del paciente. Se ha de tener consciencia de que las cosas pueden ir mal. Hay que abordar qué es lo que ha funcionado mal en el sistema y esto ayuda a aprender de nuestros errores y a prevenir su reaparición. Debe designarse un responsable dedicado a temas de calidad con funciones de formación del personal y seguimiento de los indicadores de calidad. Se debe conocer que hay riesgos clínicos ligados a los pacientes directamente, y no clínicos, como los tecnológicos, administrativos, de seguridad, etc. Todos pueden afectar potencialmente al paciente y hemos de tener una visión global de los riesgos. Se debe asegurar el aprendizaje de las diferentes situaciones y actuar proactivamente para prevenir y mejorar. Involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la atención de salud puede mejorar la seguridad mediante la identificación temprana de riesgos, el aportar ideas y preocuparse ayudan a encontrar una mejor solución. También, se debe identificar qué eventos deben ser investigados y el grado de afectación en los pacientes. La profundidad del análisis debe ser proporcional a la

complejidad del suceso. Hay que obtener información, identificar las causas de los sucesos y considerar las circunstancias en el entorno. Finalizado el proceso de análisis, debemos sacar conclusiones e incorporar cambios a nuestros procesos y sistemas ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾ (anexo10).

SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PROPUESTAS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS

1. MEDICAMENTOS DE ASPECTO O NOMBRE PARECIDOS

Las recomendaciones se centran en asegurar la legibilidad de las órdenes de tratamiento mediante la mejora de la caligrafía o el uso de órdenes pre-impresas y recetas electrónicas. Como por ejemplo, Dianben ® (metformina) por Diovan ® (valsartán) o Ecazide ® (captopril e hidroclorotiazida) por Eskazine ® (trifluoperazina). No cabe duda del riesgo inherente a confundir principios activos o las dosis adecuadas ⁽²⁷⁾ ⁽⁴⁷⁾

2. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Puede dar como resultado errores en la medicación, errores de transfusión, errores de pruebas, procedimientos en la persona incorrecta (intervenciones quirúrgicas) y altas de bebés que se entregan a personas equivocadas. Desde hace tiempo se están usando las pulseras en los pacientes hospitalizados para prevenir este riesgo. Algunas nuevas medidas que se pueden introducir son los códigos de barras y la planificación cuidadosa de los procesos de atención que asegurará la debida identificación del paciente antes de cualquier intervención médica y proporcionará una atención más segura ⁽²⁷⁾ ⁽⁴⁷⁾

3. COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES

Un paciente hospitalizado puede ser tratado por una serie de médicos y especialistas en múltiples entornos. Los pacientes se mueven entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención de forma regular, e incluso puede haber hasta tres turnos de personal diarios. La comunicación en el momento del traspaso como mínimo debe consistir en información sobre el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. El informe de cambio de turno es

fundamental, con comunicación precisa y no ambigua. El proceso de alta es una etapa trascendental en la comunicación de la información al paciente y sus familiares. Sería adecuado, solicitar a los pacientes que describan el informe de alta para verificar lo que han entendido (27) (47)

4. REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CORRECTO EN EL LUGAR DEL CUERPO CORRECTO

Los procedimientos en sitios incorrectos incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado y la persona equivocada. Uno de los principales factores que contribuyen a este error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y, quizás también, el grado de automatización del personal, verificar las pruebas preoperatorias en forma rutinaria. Posiblemente, el cirujano que realiza un procedimiento debería marcar inequívocamente el sitio de la operación, con participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción (27) (47)

5. CONTROL DE LAS SOLUCIONES CONCENTRADAS DE ELECTROLITOS

Los dos ejemplos más peligrosos son el cloruro potásico concentrado y la solución salina concentrada. Puede no diluirse correctamente o confundirse con otros medicamentos provocando la muerte del paciente. El medicamento debe ser recetado y ordenado, debe estar debidamente preparado (es decir, diluido), envasado y etiquetado, y debe ser administrado con el cuidado y la experiencia debidas. Posiblemente lo ideal sería la eliminación de las soluciones concentradas de electrolitos de todas las unidades de enfermería y que esas soluciones se almacenen únicamente en áreas especializadas de preparación farmacéutica (27) (47)

6. ASEGURAR LA PRECISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES

Especialmente durante las instancias de receta y administración. Debe crearse una lista lo más completa y exacta posible de todos los medicamentos que el paciente está tomando, incluidos los que tomaba en su domicilio, y esta lista debe actualizarse al redactar nuevas órdenes (27) (47)

7. EVITAR LOS ERRORES DE CONEXIÓN DE CATÉTERES Y TUBOS

La mejor solución se encuentra en la introducción de características de diseño que eviten las conexiones incorrectas y permitan al usuario tomar la medida adecuada. Algunos factores contribuyentes son los conectores Luer en forma casi universal en una variedad de aplicaciones médicas para conectar diversos dispositivos, por ejemplo, la administración de líquidos por vía intestinal, intravascular, raquídea o epidural. También el posicionamiento de tubos funcionalmente diferentes utilizados en la atención del paciente uno cerca del otro. Por ejemplo, el uso de una sonda de alimentación intestinal cerca de un catéter y un tubo intravenoso central. Hay que enfatizar a los pacientes y familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos y se debe realizar una conciliación de líneas, verificando las conexiones de los tubos y el rastreo de todos los tubos y catéteres del paciente hasta sus orígenes (27) (47)

8. USAR UNA SOLA VEZ LOS DISPOSITIVOS DE INYECCIÓN

Utilizar varias veces el mismo dispositivo ha influido en la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC). Una inyección segura no debe causar daño al paciente, exponer al trabajador de la atención sanitaria a ningún riesgo evitable ni acabar como desechos peligrosos para la comunidad (27) (47)

9. MEJORAR LA HIGIENE DE LAS MANOS PARA PREVENIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

La antisepsia de manos disminuye la incidencia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de las manos es una acción fundamental para asegurar la seguridad del paciente. Es igualmente útil el abastecimiento de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol, fácilmente accesibles en el punto de atención de los pacientes. Hay que educar al personal de salud sobre la técnica correcta de lavado de manos y exhibir afiches que promuevan la higiene de manos en el centro de labores (27) (47)

EVENTOS ADVERSOS EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

La aparición de eventos adversos puede deberse a fallos activos cometidos por los propios profesionales en contacto con los pacientes, como los errores, olvidos o incumplimientos de procesos establecidos, y también a condiciones latentes en el sistema como la presión asistencial por la falta de tiempo, el equipo obsoleto o inadecuado, la fatiga, la inexperiencia, los turnos, la falta de indicadores de control, las deficiencias de diseño del proceso asistencial, etc. Los efectos adversos quirúrgicos más importantes son las infecciones de la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración), las complicaciones de la técnica quirúrgica (hemorragia, fístula o dehiscencia anastomótica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria), las complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, el infarto de miocardio, la trombosis venosa profunda, la tromboembolia pulmonar y los fracasos orgánicos) y el fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas y accidentes anestésicos. Nuestra actuación será conocerlos y prevenirlos. La estrategia en el ámbito de la seguridad del paciente y la mejora de la calidad se orienta hacia la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios ⁽⁴⁷⁾

2.2.9 ENFERMERA EN CENTRO QUIRÚRGICO

El equipo de personal de enfermería que habitualmente trabaja dentro de un quirófano se compone fundamentalmente de 2 enfermeras/os, así como de una auxiliar de enfermería. Es de vital importancia que entre los miembros del equipo exista una clara y fluida comunicación tanto verbal como no verbal, que asegure que ante cualquier necesidad, complicación de la intervención, etc., todos los profesionales presentes priorizarán la situación urgente frente a cualquier otra actividad que estuvieran realizando en ese momento. Los roles de estos 3 miembros son claros y deben quedar perfectamente definidos de forma estandarizada para todas las especialidades y técnicas quirúrgicas. De este modo, una enfermera podrá ser instrumentista en unas intervenciones, y circulante en otras; de hecho, se

recomienda que, en una jornada quirúrgica de varias intervenciones, ambos miembros se alternen o asignen cada rol a lo largo de la misma. Como principio fundamental para la seguridad del paciente, es deseable que quien instrumenta una intervención lo haga desde el principio hasta el final de la misma; en cualquier caso, más adelante se tratará el tema del relevo dentro de la intervención, para los casos en que sea imprescindible ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁵⁴⁾

La enfermera/o instrumentista

Las competencias fundamentales que debe reunir quien realice este papel dentro del quirófano son la capacidad de reacción y priorización ante una situación crítica o urgente que aparezca una vez iniciada la intervención (una hemorragia por ejemplo); la atención plena al campo quirúrgico y a las necesidades y solicitudes de los cirujanos, anticipándose a las mismas siempre que sea posible el orden y la disciplina para mantener el instrumental y el equipo estéril lo más limpio posible, identificando material que haya podido contaminarse, etc. La serenidad es una fortaleza que se puede desarrollar con la experiencia ⁽⁴⁶⁾ ⁽⁵⁵⁾ ⁽⁵⁴⁾

Funciones de la enfermera/o instrumentista:

- Asistir al cirujano/a durante la operación pasando el instrumental u otro equipo de forma pre-establecida y segura. La mesa de instrumental debe permanecer ordenada y prolija, de forma que los materiales puedan ser tomados con rapidez y eficacia. Observando el curso de la intervención y conociendo de antemano las fases de la misma, podrá anticiparse a los requerimientos del cirujano⁴⁶, ⁽⁵⁴⁾.
- Puede participar como primer o segundo ayudante cuando el cirujano y la situación así lo requieran, separando tejido, cortando suturas, secando sangrado o lavando la herida. Una enfermera instrumentista no debe clampar ni cortar tejido, por el riesgo y la responsabilidad que estas actuaciones conllevan. Participa en el recuento de gasas e instrumental y agujas. Cuenta los instrumentos antes, durante y después de la intervención, para asegurarse que no se han quedado en el interior del campo quirúrgico ⁽⁴⁶⁾ ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁴⁾

La enfermera/o circulante

Las competencias que debe reunir son similares a las de su compañera/o instrumentista, aunque en esta ocasión será quien esté pendiente de las necesidades del resto del equipo y no solamente de las de los cirujanos, sino de las de su compañera y también del anestesista. Es por tanto una figura clave con una gran responsabilidad. Normalmente, cuando un profesional es nuevo en el área quirúrgica, será preferible que realice la labor de instrumentar y que quien tenga más experiencia sea quien circule, sobre todo si la intervención es de riesgo o de gran urgencia (46) (57) (54)

Funciones de la enfermera/o circulante:

- Abre el material esterilizado antes del procedimiento y durante él.
- Ayuda a colocar al paciente en la mesa de operaciones. Si es preciso, realiza el rasurado previo a la intervención, o el pintado de la piel con el antiséptico.
- Asiste al anestesista cuando este lo precisa, principalmente durante la inducción e instauración de la anestesia, y en el despertar de la misma.
- Participa en el recuento de gasas, agujas e instrumental junto con su compañera instrumentista. Recibe del personal lavado los extremos de cánulas de aspiración, cables eléctricos y otros equipos que deben ser conectados a dispositivos externos no esterilizados
- Anuda las batas del personal lavado
- Ubica las lámparas de techo y anexas.
- Manipula todo el equipo no esterilizado durante la cirugía.
- Registra el desarrollo de la intervención, y principalmente el recuento.

Ayuda y acompaña al paciente en el transporte tras la intervención, hasta la sala de reanimación. Registra y preserva cada muestra tomada en la intervención. (54)

2.3 Definición de Términos Básicos

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e

implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir (58)

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (59)

CENTRO QUIRÚRGICO: es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad (60)

RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA: área destinada a proveer cuidados post anestésicos inmediatos a pacientes que han sido sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, regional o sedación profunda hasta que alcancen criterios de alta (61)

PACIENTE: persona enferma que es atendida por un profesional de la salud. Persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. (62)

CAPITULO III: VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de la Variable

Cultura de Seguridad del paciente: se define como el esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, y el personal de salud se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas. Es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que ayudan a disminuir los riesgos y daños para el paciente”. Diversos estudios evidencian que una cultura seguridad del paciente positiva en las instituciones de salud constituye uno de los requisitos fundamentales para evitar o disminuir la aparición de incidentes y aprender de los errores de forma proactiva, así como para redefinir los procesos para prevenir los riesgos y eventos adversos. (63)

3.2 Operacionalización de Variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems del instrumento	Instrumento, categoría y puntaje.
Cultura de Seguridad del Paciente	La cultura de seguridad del paciente se define como aquellas creencias, valores y normas profundamente arraigadas en una organización y que guían las interacciones entre sus miembros a través de actitudes, costumbres y comportamientos.	La cultura de seguridad del paciente se define como el esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, y el personal de salud se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas.	1. Trabajando en equipo dentro de las unidades	-La gente se apoya una a la otra en esta área -Cuando se necesita hacer mucho trabajo rápidamente, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. -En esta unidad, el personal se trata con respeto. -Cuando el personal en esta unidad está realmente ocupado, otros le ayudan.	A1 A3 A4	Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos en su versión adaptada al español peruano. 42 ítems.
			2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.	-Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos de seguridad del paciente. -Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. -Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa acortar en forma negativa los procesos. (Redactado negativamente)	A11 B1 B2 B3	

			<p>3. Aprendizaje organizacional - mejora continúa</p> <p>4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente</p> <p>5. Percepciones generales de la seguridad del paciente</p>	<p>-Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes que ocurren una y otra vez. (Redactado negativamente)</p> <p>-Hacemos actividades para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>-Los errores han llevado a realizar cambios positivos aquí.</p> <p>-Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos si los resultados son los esperados.</p> <p>-La dirección de este Hospital/Clínica provee de un clima o ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente</p> <p>-Las acciones de la Dirección de este Hospital/Clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.</p> <p>-La Dirección de la Hospital/Clínica parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso. (Redactado negativamente)</p> <p>-La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.</p> <p>-Nuestros procedimientos y procesos son efectivos para la</p>	<p>B4</p> <p>A6</p> <p>A9</p> <p>A13</p> <p>F1</p> <p>F8</p> <p>F9</p>	<p>Escala de Likert.</p> <p>Positivo: (Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, ni uno ni otro / indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p> <p>Negativo: (Nunca, Rara vez, A veces, La mayor parte del tiempo, Siempre)</p>
--	--	--	---	---	--	--

		6. Comunicación e información sobre errores	<p>prevención de errores que puedan ocurrir.</p> <p>-Es sólo por casualidad que errores más serios no suceden aquí. (Redactado negativamente)</p> <p>-Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (Redactado negativamente)</p>	A15	
		7. Grado al que la comunicación es abierta	<p>-Se nos informa sobre los cambios hechos en base a reportes de eventos.</p> <p>-Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta área de trabajo.</p>	A18	
		8. Frecuencia de incidentes reportados	<p>-En esta unidad debatimos formas de prevenir errores para que no ocurran nuevamente.</p> <p>-El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.</p>	A10	
		9. Trabajando en equipo a través de las unidades	<p>-El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.</p> <p>-El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (Redactado negativamente)</p>	A17	
				C1	
				C3	
				C5	
				C2	

			10. Dotación de personal	<p>-Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es reportado?</p> <p>-Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?</p> <p>-Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?</p> <p>-Hay buena cooperación entre las unidades del Hospital/Clínica que necesitan trabajar juntas.</p> <p>-Las unidades en esta Hospital/Clínica trabajan bien unidos para proveer el mejor cuidado a los pacientes.</p> <p>-Las áreas (servicios) de este Hospital/Clínica no coordinan bien entre sí. (Redactado negativamente)</p>	C4 C6 D1 D2	
			11. Transferencias y transiciones	<p>-Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p>	D3	
					F4	

			<p>12. Respuesta punitiva a error no</p>	<p>-Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. -El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (Redactado negativamente) -Usamos más personal de reemplazo o temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (Redactado negativamente) -Trabajamos bajo presión intentando realizar demasiadas cosas muy rápidamente. (Redactado negativamente)</p> <p>-La información y/o objetos de los pacientes se pierden cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (Redactado negativamente) -Se pierde a menudo información importante para el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno. (Redactado negativamente) -A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de las unidades en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p>	<p>F10</p> <p>F2</p> <p>F8</p> <p>A2</p> <p>A5</p> <p>A7</p>	
--	--	--	--	---	--	--

			<p>-Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p>	A14	
			<p>-El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (Redactado negativamente)</p>	F3	
			<p>-Cuando se reporta un evento, se tiene la sensación de que se reporta a la persona y no al evento. (Redactado negativamente)</p>	F5	
			<p>-El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (Redactado negativamente)</p>	F7	
			<p>-1. En la clínica funciona el Sistema de notificación clínica de eventos adversos / 2. En el hospital funciona el Sistema de notificación hospitalario de eventos adversos.</p>	F11	
				A8	

						A12	
						A16	
						A19	

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis general

H₁: De acuerdo a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel se desarrolla una adecuada cultura de seguridad del paciente en sus instituciones.

H₀: De acuerdo a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel NO se desarrolla una adecuada cultura de seguridad del paciente en sus instituciones.

3.3.2 Hipótesis específicas

1. **H₁:** Existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

H₀: No existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

2. **H₁:** Existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

H₀: No existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que es estructurado y evidenciable. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas; se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis ⁽⁶⁴⁾. Es también, descriptivo ya que son usados cuando se sabe poco sobre un fenómeno en particular ⁽⁵⁷⁾. Se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos ⁽⁶⁴⁾.

4.2 Diseño De Investigación

El diseño metodológico de presente estudio fue no experimental ya que no tienen determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna⁵³. Y al mismo tiempo, es de corte transversal ya que los datos se recolectan en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las características de la variable descrita en un momento dado ⁽⁶⁴⁾.

4.3 Población de Estudio

La población de estudio estuvo constituida por un total de 41 enfermeras (24 enfermeras del hospital Carlos Lanfranco La Hoz y 17 enfermeras de la Clínica Santa Isabel) que trabajan en los servicios de Sala de Operaciones, Central de Esterilización y Sala de Recuperación que en conjunto conforman centro quirúrgico. Se determinó realizar el estudio en los entornos antes descritos por la accesibilidad, alcance y conocimiento de las características de los mismos. (65)

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuya ubicación es Av. Sáenz Peña cuadra 6 s/n Puente piedra. Su infraestructura se caracteriza por estar construido con material noble, dividido según los servicios que brindan. El Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación está conformado por: – Centro Quirúrgico Central, que consta de 04 quirófanos operativos, en el que se realizan intervenciones quirúrgicas de neurocirugía, cirugía general, cirugía de traumatología, cirugía urológica y ginecológica, oftalmología, otorrino laringología y otras especialidades. Además, cuentan con un almacén estéril para el instrumental y la ropa quirúrgica, que provee a los quirófanos externos. Recuperación y Central de Esterilización se ubican al lado, siendo el área donde se reciben a los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica y que están bajo el efecto anestésico. (54) (66)

De la misma forma, la Clínica Santa Isabel está ubicada en la Av. Guardia Civil 135, San Borja. Es una clínica especializada ya que brinda exclusivamente servicios de ginecología, obstetricia, neonatología y pediatría. Por ende, casi el 100% de la población que atiende son mujeres. Con más de 36 años de servicio, la clínica cuenta, dentro de su estructura, con dos salas de operaciones, central de esterilización y sala de recuperación pos-anestésica. También cuenta con una torre de laparoscopia en sala 1; sala de operaciones y central de esterilización están unificadas en una sola área, y sala de recuperación se ubica continúa a la sala de partos. Las salas de operaciones no funcionan de forma simultánea, una sala siempre está disponible ante cualquier emergencia no contemplada en la

programación; en sala de recuperación además de monitorizar a las pacientes pos-operadas también se preparan a las pacientes ambulatorias.

4.3.1 Unidad de Análisis

Enfermeras que trabajan en el servicio de Centro Quirúrgico del hospital Carlos Lanfranco La hoz y la Clínica Santa Isabel.

4.3.2 Criterios de Selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Enfermeras que laboran más de 3 meses en Centro quirúrgico y que acepten participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN – Enfermeras que no deseen participar en la investigación, enfermeras de vacaciones o de licencia y jefas de servicio.

4.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos:

La técnica de recolección de datos aplicada fue la encuesta y el instrumento utilizado en el estudio fue el cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture -HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, el cual fue traducido, adaptado y validado al español de Perú por Palmieri et al ⁽¹⁶⁾. Este cuestionario hace énfasis en la seguridad del paciente, el error y el reporte de eventos. Cuenta con 42 ítems agrupados en 12 dimensiones que presentan en la tabla 1. Además de las dimensiones, el cuestionario incluye dos preguntas que solicitan a los encuestados que proporcionen una calificación general sobre la seguridad del paciente para su área de trabajo e indiquen la cantidad de eventos que se reportaron en el último año. Al mismo tiempo, se les solicita que brinden información demográfica limitada sobre ellos mismos (su área / unidad de trabajo, posición laboral, si tienen interacción directa con los pacientes, permanencia en su área / unidad de trabajo, etc.). El presente cuestionario está diseñado específicamente para el personal que labora en hospitales y clínicas ya que cuenta con dos versiones. En la versión clínica, se modificó en la sección C, D, E y F

adaptándose así las características pertinentes del ámbito de estudio. Al mismo tiempo, solicita las opiniones sobre la cultura de la seguridad del paciente en sus respectivos centros de labores. De acuerdo con, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), este cuestionario puede ser utilizado para incrementar la conciencia del personal sobre la seguridad del paciente, evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente, identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente, examinar las tendencias en la cultura de seguridad del paciente y sus cambios con el tiempo, evaluar el impacto cultural de las iniciativas e intervenciones de seguridad del paciente, y realizar comparaciones dentro y entre organizaciones. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto-administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos. Por otro lado, el cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente como se observa en la tabla 2. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se conservan las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías ⁽¹⁶⁾.

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA	NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Positivo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente / ni uno ni otro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Negativo	Nunca	Rara vez	A veces	La mayor parte del tiempo	Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula ⁽¹⁶⁾.

Σ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 70\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 70\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo. BUSCAR LA REFERENCIA DE ESPAÑA

4.5. Procedimientos de recolección de datos

4.5.1 Autorización

Para obtener el permiso necesario para la aplicación del instrumento y la recolección de datos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se presentó una solicitud por mesa de partes dirigido a la Unidad de Investigación con copia al departamento de enfermería, así como también se le hizo de conocimiento a la Dra. Rosario Miraval Contreras, Jefa del Departamento de Enfermería, y a la Lic. Janet Pallín Vilalobos; Jefa del servicio de Centro Quirúrgico para poder ejecutar el estudio de investigación, luego se hizo entrega de 3 anillados y 1 CD del proyecto de tesis obteniendo como respuesta favorable la aceptación mediante un documento y proporcionándonos las facilidades correspondientes.

Por otro lado, con el fin de obtener los permisos necesarios para la aplicación del instrumento y la recolección de datos en la Clínica Santa Isabel, se solicitó al Comité de Ética y al Dr. Néstor Vega, Director Médico de la Clínica la autorización correspondiente a través de una solicitud y adicionalmente se presentaron tres copias del proyecto de tesis a solicitud de la institución.

4.5.2 Aplicación de instrumento

Contando con las respectivas autorizaciones y permisos, se procedió a la recolección de datos en la Clínica Santa Isabel y al mismo tiempo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de acuerdo con cronograma de actividades propuesto.

La Clínica Santa Isabel solo autorizó que una de las investigadoras, quien se encuentra laborando en esta institución, estuviera a cargo de la recolección de datos y se le encomendó encuestar a todo el personal de centro quirúrgico de esta institución. Se facilitó información detallada sobre el estudio a las participantes como el objetivo general, propósito del estudio y procesos del mismo, y así solicitar su aceptación de participar en el estudio a través del consentimiento informado. Posterior a la aceptación, el cuestionario fue auto-administrado durante los cambios de turno a cada una de las participantes sin interferir en sus labores asistenciales y tomando como máximo 20 minutos para completar dicho cuestionario. De la misma manera, que en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se realizaron los mismos procedimientos antes descritos en la clínica Santa Isabel con relación a la aplicación del instrumento.

4.5.3 Consideraciones éticas

En el presente estudio se consideró a la autonomía como principio ético fundamental, ya que a través del consentimiento informado (Anexo 3) se les solicitó a los participantes autorizar su participación en esta investigación. Dicho consentimiento informado, brindó a los participantes información sobre los objetivos y trascendencia del estudio, se detalló la ausencia de riesgos, se aseguró la confidencialidad de la información y anonimato, pero sobretodo se garantizó no prejuzgar y respetar las respuestas de los participantes. Los datos recolectados

para el estudio han sido procesados sin ninguna adulteración o manipulación por parte de las investigadoras por lo que la variable estudiada evidencia su contexto real de.

4.6. Procedimientos estadísticos y análisis de datos

4.6.1 Matriz de datos

Los datos recolectados fueron organizados para elaborar una matriz con el programa Excel, posteriormente fueron importados por el programa estadístico IBM SPSS v. 23. Los ítems correspondientes a las dimensiones de estudio fueron representados en columnas y los valores originales fueron reemplazados por datos numéricos según la conveniencia para el análisis cuantitativo posterior.

4.6.2 Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico considerado fue **descriptivo**, con el cual se obtuvieron las frecuencias según la representación numérica de las respuestas brindadas por los participantes en el estudio. Debido a las características de la investigación, la cual incluye una variable, la información cuantitativa que representa a la misma se comparó con un valor esperado ideal. Fue empleada la prueba T para una muestra, correspondiendo dicho análisis a un proceso estadístico **inferencial**. Respecto a la presentación de resultados, fueron elaboradas tablas de frecuencia y porcentaje para presentar los resultados del análisis descriptivo y tablas con valores de significancia para presentar los resultados del análisis inferencial.

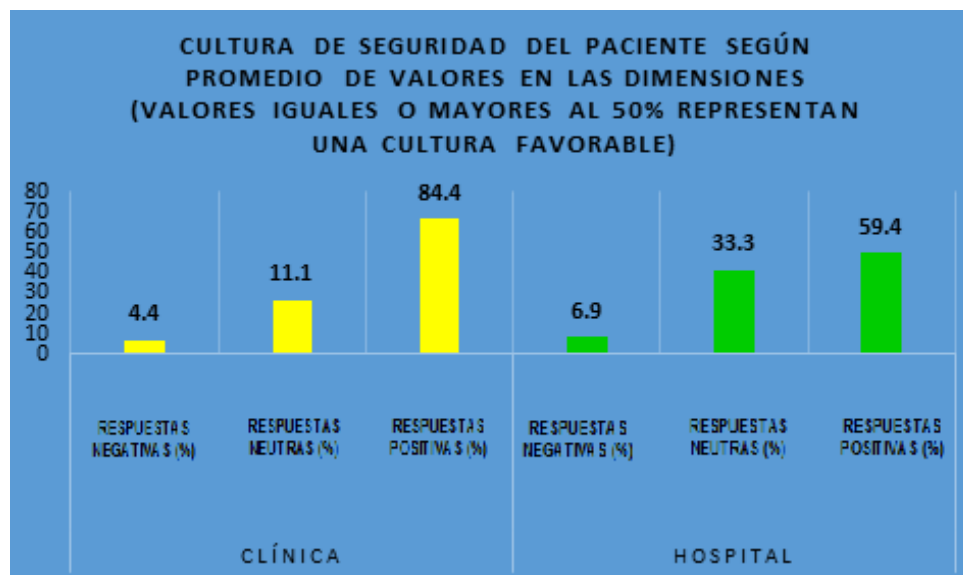
V: RESULTADOS

Se presenta a continuación los resultados de las 24 enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y las 15 enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel Lima las cuales cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio. Se presentan tablas descriptivas de frecuencia y porcentaje con sus respectivos gráficos de acuerdo a las 12 dimensiones descritas en el instrumento utilizado en el presente estudio.

Tabla 1 Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.

Cultura de seguridad del paciente según promedio de valores en las dimensiones (valores iguales o mayores al 50% representan una cultura favorable)			
Institución	Respuestas positivas (%)	Respuestas neutras (%)	Respuestas negativas (%)
Hospital	59,40	33,33	6,95
Clínica	84,44	11,11	4,46

Figura 1 Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.



En cuanto a la cultura de seguridad del paciente, se observó una cultura de seguridad favorable en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel ya que esta representa el 84.4% del total de respuestas positivas, mientras que en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se observa una cultura poco favorable ya que representa el 59.4% del total de respuestas positivas.

Dimensión 1: Trabajo en equipo dentro del área o servicio

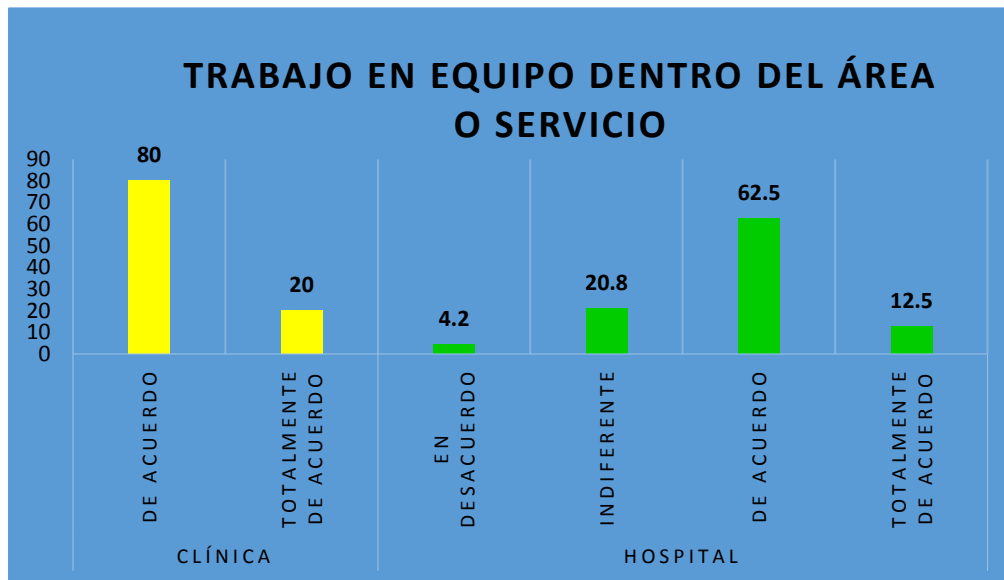
Tabla 2 Trabajo en equipo dentro del área o servicio en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Trabajo en equipo dentro del área o servicio		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	12	80,0
Válidos Totalmente de acuerdo	3	20,0
Total	15	100,0

Tabla 3: Trabajo en equipo dentro del área o servicio en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.

Trabajo en equipo dentro del área o servicio		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	1	4,2
Indiferente	5	20,8
Válidos De acuerdo	15	62,5
Totalmente de acuerdo	3	12,5
Total	24	100,0

Figura 2 Trabajo en equipo dentro del área o servicio en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



De acuerdo con la tabla 2, la tabla 3 y la figura 2, se observa que el 80% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel están de acuerdo que dentro de sus servicios se trabaja en equipo y solo el 20% está totalmente de acuerdo. Por otro lado, el 62.5% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está de acuerdo con esta realidad, el 20.8% es indiferente frente al trabajo en equipo dentro de los servicios, el 12.5% está totalmente de acuerdo y solo el 4.2% manifiesta su desacuerdo.

Dimensión 2: Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente

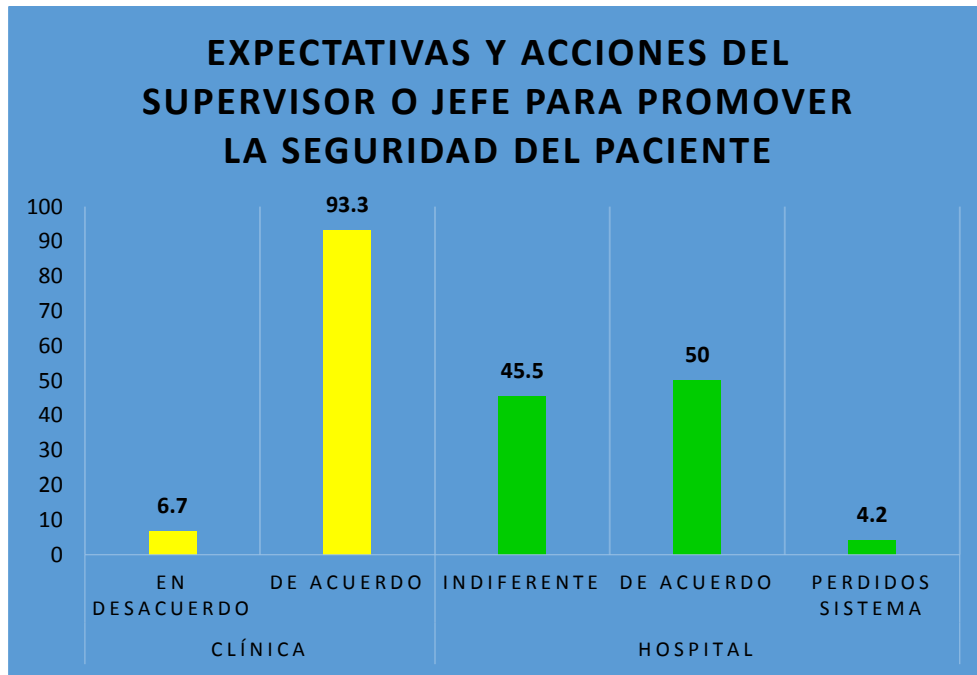
Tabla 4: Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente			
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	En desacuerdo	1	6,7
	De acuerdo	14	93,3
	Total	15	100,0

Tabla 5: Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente			
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Indiferente	11	45,5
	De acuerdo	12	50,0
	Total	23	95,8
Perdidos	Sistema	1	4,2
Total		24	100,0

Figura 3 Expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



Según la tabla 4, la tabla 5 y la figura 3, el 93.3% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel están de acuerdo con que sus supervisores o jefes inmediatos realizan acciones para promover la seguridad del paciente y solo el 6.7% está en desacuerdo. Asimismo, el 50% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz están de acuerdo con las acciones realizadas por sus supervisores o jefes inmediatos para promover la seguridad del paciente, sin embargo, es importante resaltar que el 45.5% es indiferente a esta situación.

Dimensión 3: Aprendizaje organizacional y mejoría continua

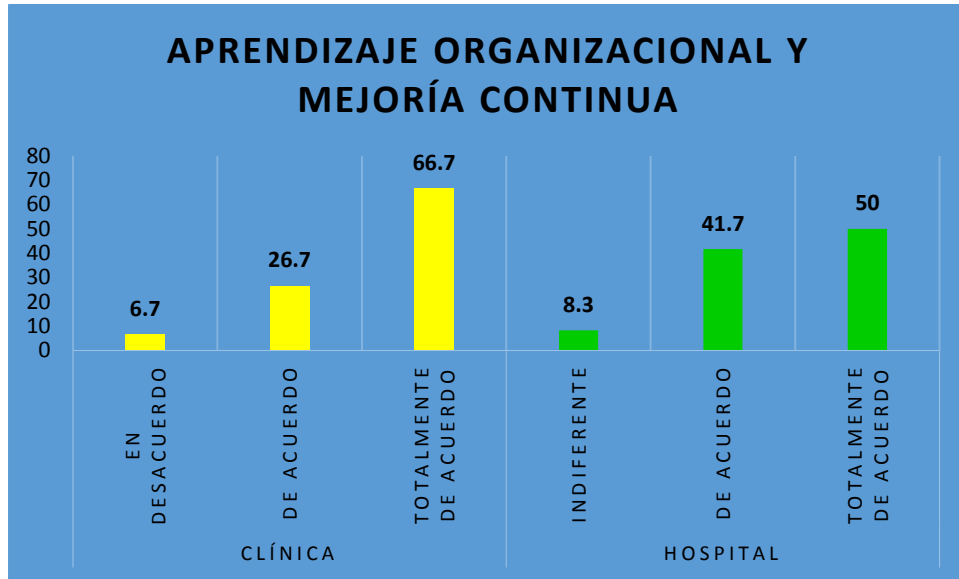
Tabla 6: Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Aprendizaje organizacional y mejora continua		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	1	6,7
De acuerdo	4	26,7
Totalmente de acuerdo	10	66,7
Total	15	100,0

Tabla 7. Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

Aprendizaje organizacional y mejora continua		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	2	8,3
De acuerdo	10	41,7
Totalmente de acuerdo	12	50,0
Total	24	100,0

Figura 4 Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



En cuanto a la tabla 6, la tabla 7 y la figura 4, se observa que el 66.7% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel está de totalmente de acuerdo con el aprendizaje organizacional y la mejora continua, mientras que el 26.7% está de acuerdo y solo el 6.7% indica estar en desacuerdo. De la misma forma, el 50% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz están totalmente de acuerdo, el 41.7% está de acuerdo y únicamente el 8.3% de esta población es indiferente.

Dimensión 4: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente

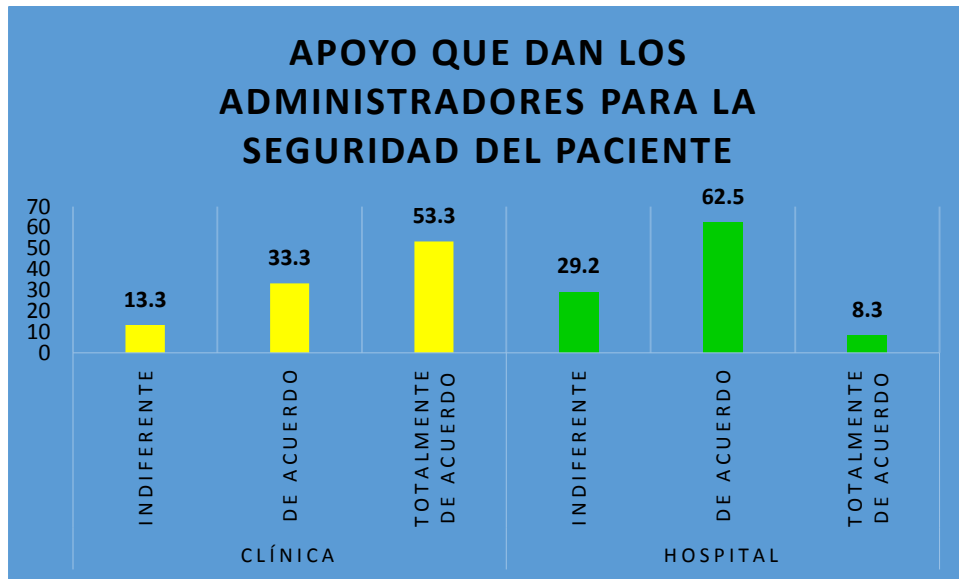
Tabla 8 Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente			
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Indiferente	2	13,3
	De acuerdo	5	33,3
	Totalmente de acuerdo	8	53,3
	Total	15	100,0

Tabla 9: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente			
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Indiferente	7	29,2
	De acuerdo	15	62,5
	Totalmente de acuerdo	2	8,3
	Total	24	100,0

Figura 5 Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



Con respecto a la tabla 8, la tabla 9 y la figura 5, se observa que el 53.3% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel están de acuerdo con el apoyo brindado por los administradores para la seguridad del paciente, el 33.3% está de acuerdo frente a un 13.3% que es indiferente. Mientras que, el 62.5% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se encuentra de acuerdo, el 29.2% es indiferente y únicamente el 8.3% está totalmente de acuerdo con el apoyo brindado por los administradores para la seguridad del paciente.

Dimensión 5: Percepciones generales de la seguridad del paciente

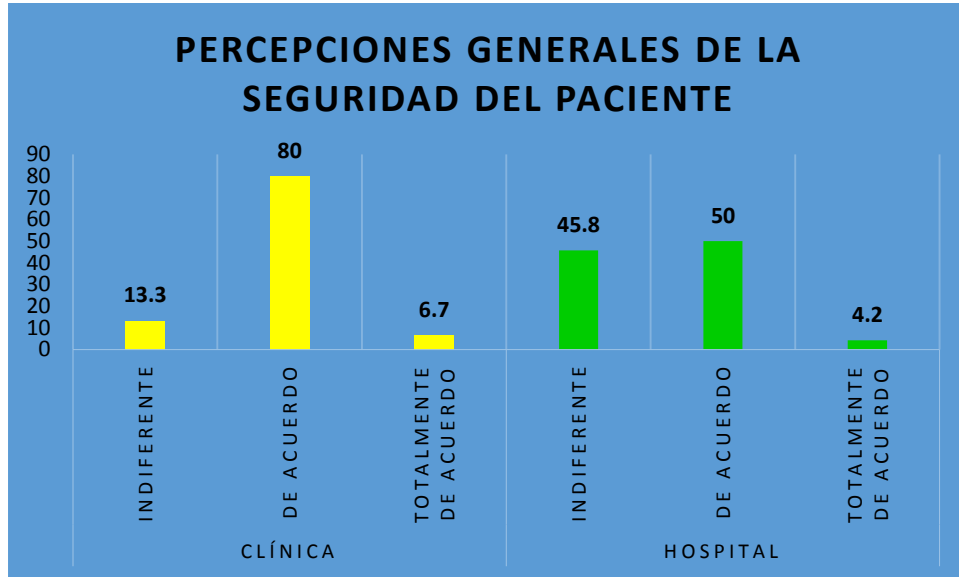
Tabla 10: Percepciones generales de la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Percepciones generales de la seguridad del paciente		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	2	13,3
De acuerdo	12	80,0
Totalmente de acuerdo	1	6,7
Total	15	100,0

Tabla 11: Percepciones generales de la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.

Percepciones generales de la seguridad del paciente		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	11	45,8
De acuerdo	12	50,0
Totalmente de acuerdo	1	4,2
Total	24	100,0

Figura 6 Percepciones generales de la seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



Según lo observado en la tabla 10, la tabla 11 y la figura 6, el 80% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel están de acuerdo con la percepción general de la seguridad del paciente, el 13.3% es indiferente y solo el 6.7% está totalmente de acuerdo. Por otro lado, el 50% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está de acuerdo, el 45.8% es indiferente a esta situación y solo el 4.2% está totalmente de acuerdo.

Dimensión 6: Comunicación e información sobre errores

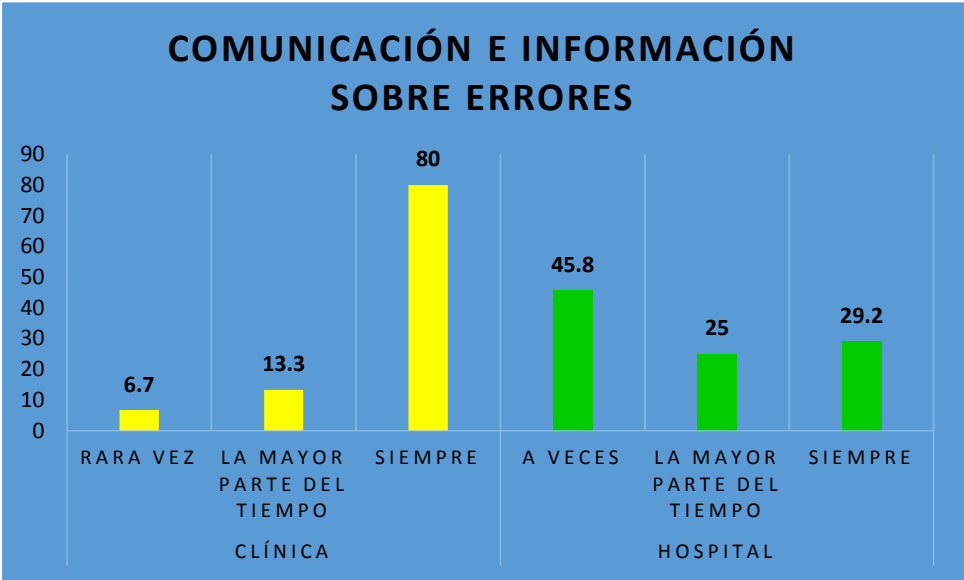
Tabla 12 Comunicación e información sobre errores en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Comunicación e información sobre errores		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	1	6,7
La mayor parte del tiempo	2	13,3
Siempre	12	80,0
Total	15	100,0

Tabla 13: Comunicación e información sobre errores en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Comunicación e información sobre errores		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A veces	11	45,8
La mayor parte del tiempo	6	25,0
Siempre	7	29,2
Total	24	100,0

Figura 7. Comunicación e información sobre errores en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



Con respecto a la tabla 12, la tabla 13 y la figura 7, se observa que el 80% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel indicaron que siempre se comunica e informa sobre errores, el 13.3% considera que la mayor parte del tiempo se comunica e informa sobre errores y solo el 6.7% lo considero como rara vez. Del mismo modo, el 45.8% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz indicaron que a veces se comunica e informa sobre errores frente a un 29.2% que considero siempre se comunica e informa sobre errores y el 25% indico que la mayor parte del tiempo.

Dimensión 7: Grado al que la comunicación es abierta

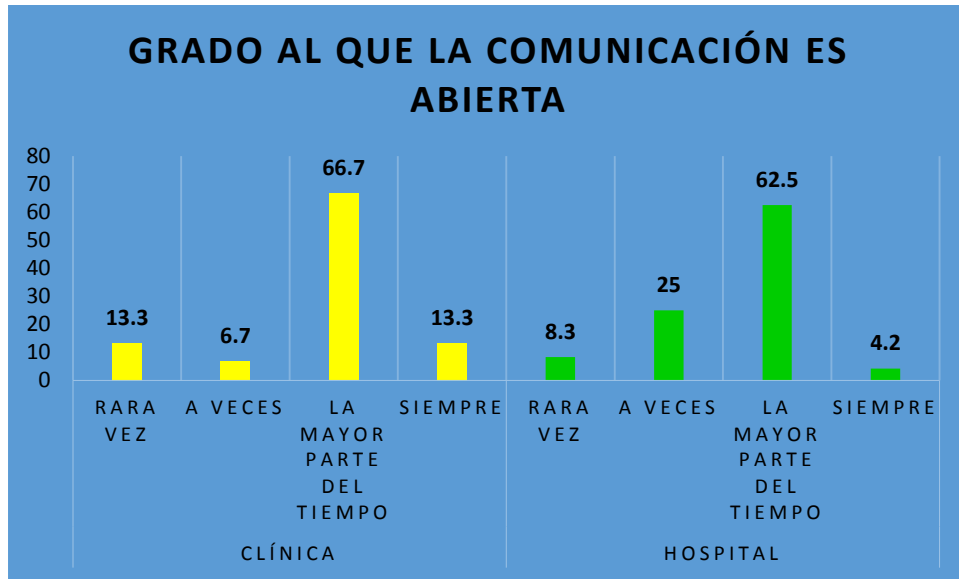
Tabla 14: Grado al que la comunicación es abierta en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Grado al que la comunicación es abierta		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	2	13,3
A veces	1	6,7
Válidos La mayor parte del tiempo	10	66,7
Siempre	2	13,3
Total	15	100,0

Tabla 15: Grado al que la comunicación es abierta en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

Grado al que la comunicación es abierta		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	2	8,3
A veces	6	25,0
Válidos La mayor parte del tiempo	15	62,5
Siempre	1	4,2
Total	24	100,0

Figura 8 Grado al que la comunicación es abierta en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



Se observa en la tabla 14, la tabla 15 y la figura 8, que el 66.7% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel indicaron que la mayor parte del tiempo la comunicación es abierta, el 6.7% indico que a veces y el 13.3% indico con el mismo porcentaje para ambos que siempre y rara vez la comunicación es abierta. Mientras que, el 62.5% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz indicaron que la mayor parte del tiempo la comunicación es abierta, el 25% indico que a veces, el 8.3% indico que rara vez y solo el 4.2% indico que la comunicación es siempre abierta.

Dimensión 8: Frecuencia de incidentes reportados

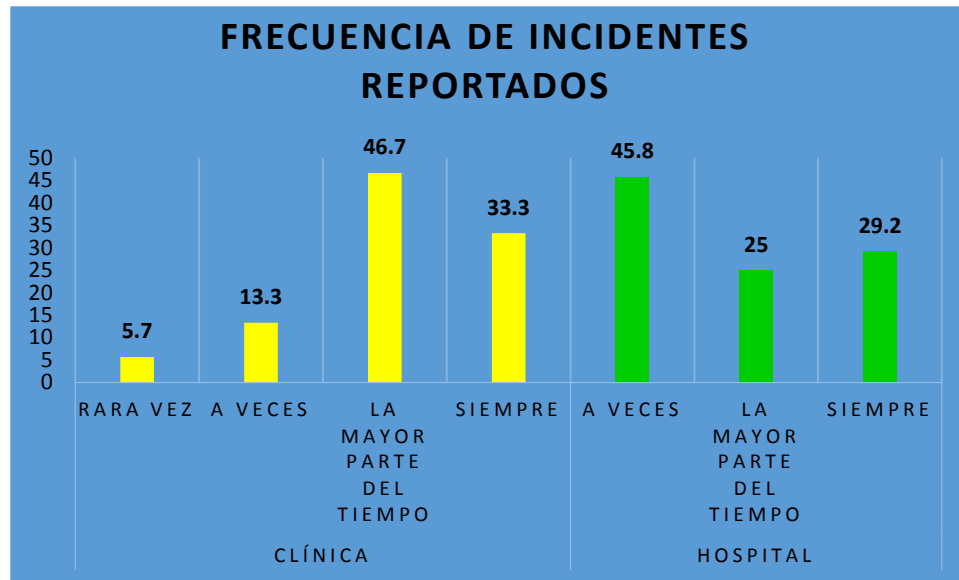
Tabla 16: Frecuencia de incidentes reportados en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Frecuencia de incidentes reportados		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	1	5,7
A veces	2	13,3
Válidos La mayor parte del tiempo	7	46,7
Siempre	5	33,3
Total	39	100,0

Tabla 17: Frecuencia de incidentes reportados en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.

Frecuencia de incidentes reportados		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A veces	11	45,8
Válidos La mayor parte del tiempo	6	25,0
Siempre	7	29,2
Total	24	100,0

Figura 9 Frecuencia de incidentes reportados en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



Según la tabla 16, tabla 17 y la figura 9, se aprecia que el 46.7% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel reportaron la mayor parte del tiempo los incidentes, el 33.3% indicó que siempre reporta los incidentes, el 13.3% indicó que a veces reporta los incidentes y el 5.7% los reporta rara vez. En tanto, el 45.8% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz indicaron que a veces reportan los incidentes, el 29.2% indicó que siempre reporta los incidentes y el 25% indicó que la mayor parte del tiempo reporta los incidentes.

Dimensión 9: Trabajo en equipo a través de las unidades

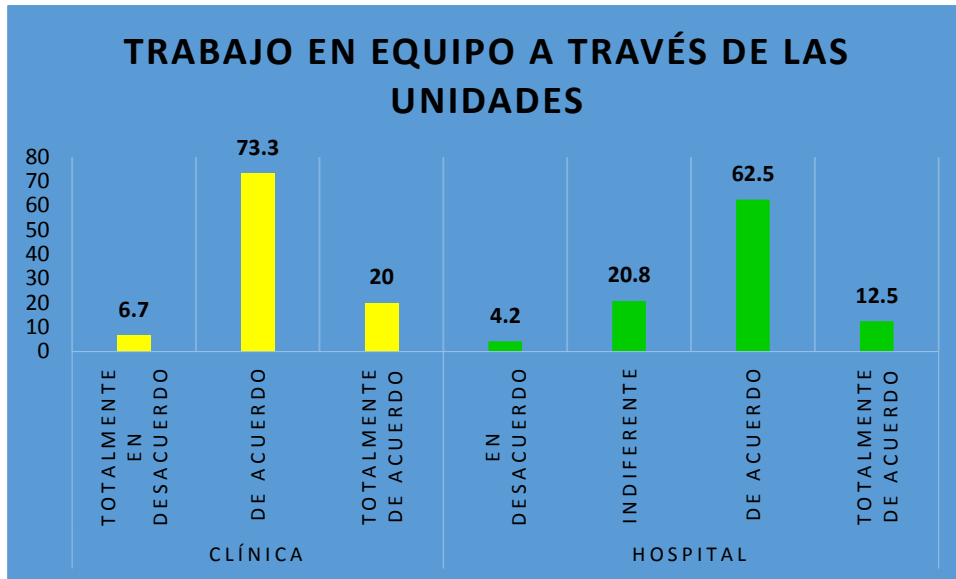
Tabla 18: Trabajo en equipo a través de las unidades en las enfermeras centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Trabajando en equipo a través de las unidades			
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	1	6,7
	De acuerdo	11	73,3
	Totalmente de acuerdo	3	20,0
	Total	15	100,0

Tabla 19: Trabajo en equipo a través las unidades en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz.

Trabajando en equipo a través de las unidades			
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	En desacuerdo	1	4,2
	Indiferente	5	20,8
	De acuerdo	15	62,5
	Totalmente de acuerdo	3	12,5
	Total	24	100,0

Figura 10 Trabajando en equipo entre las unidades en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



De acuerdo con la tabla 18, tabla 19 y la figura 10, se observa que el 73.3% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel están de acuerdo que dentro de sus servicios se trabaja en equipo entre las unidades y solo el 20% está totalmente de acuerdo y el 6.7% totalmente en desacuerdo. Por otro lado, el 62.5% de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está de acuerdo con esta realidad, el 20.8% es indiferente frente al trabajo en equipo dentro de los servicios, el 12.5% está totalmente de acuerdo y solo el 4.2% manifiesta su desacuerdo.

Dimensión 10: Dotación de personal

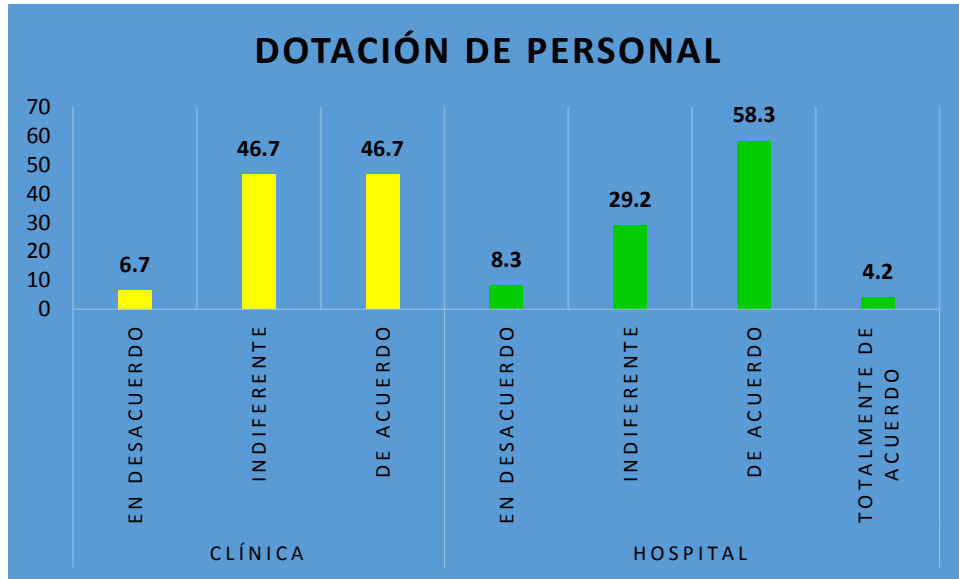
Tabla 20: Dotación de personal percibida por las Enfermeras de la Clínica Santa Isabel 2018.

Dotación de personal		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
En desacuerdo	1	6,7
Indiferente	7	46,7
De acuerdo	7	46,7
Total	15	100,0

Tabla 21: Dotación de personal percibida por las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Dotación de personal		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
En desacuerdo	2	8,3
Indiferente	7	29,2
De acuerdo	14	58,3
Totalmente de acuerdo	1	4,2
Total	24	100,0

Figura 11. Dotación de personal percibida por las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



En cuanto a la tabla 20, tabla 21 y en la figura 11, se observa que el 46.7% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel está de acuerdo con la dotación del personal al igual que un 46.7% se muestra indiferente y un 6.7% está en desacuerdo. En cuanto a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz un 58.3% está de acuerdo con la dotación de personal, 4.2% totalmente de acuerdo, 8.3% en desacuerdo y 29.2% se muestra indiferente frente a esta situación.

Dimensión 11: Transferencias y transiciones

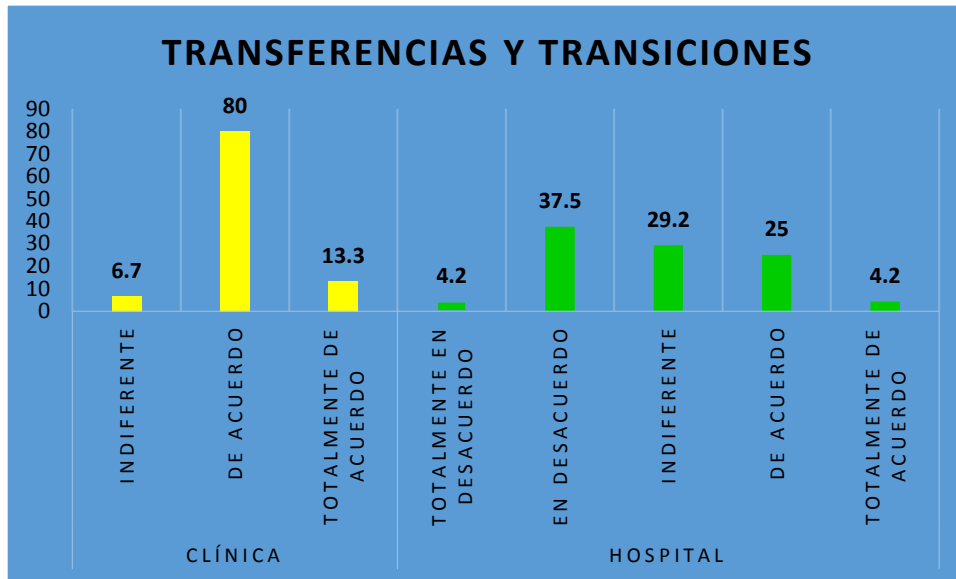
Tabla 22: Problemas en las transferencias y transiciones en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Transferencias y transiciones		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
indiferente	1	6,7
De acuerdo	12	80,0
Totalmente de acuerdo	2	13,3
Total	15	100,0

Tabla 23: Problemas en las transferencias y transiciones en las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Transferencias y transiciones		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	4,2
En desacuerdo	9	37,5
Indiferente	7	29,2
De acuerdo	6	25,0
Totalmente de acuerdo	1	4,2
Total	24	100,0

Figura 12 Problemas en las transferencias y transiciones de en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



En cuanto a la tabla 22, tabla 23 y figura 12, se observa que 80% de las enfermeras de centro quirúrgico de la clínica santa Isabel está de acuerdo con el proceso de transferencias y transiciones, 13.3% totalmente de acuerdo y solo el 6.7% se muestra indiferente. Por otro lado, en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se observó que el 37.5% está en desacuerdo con las transferencias y transiciones, 25% indico estar de acuerdo, 4.2% indico estar totalmente de acuerdo, 28.2% se muestra indiferente y solo el 4.2% totalmente en desacuerdo.

Dimensión 12: Respuesta no punitiva a errores

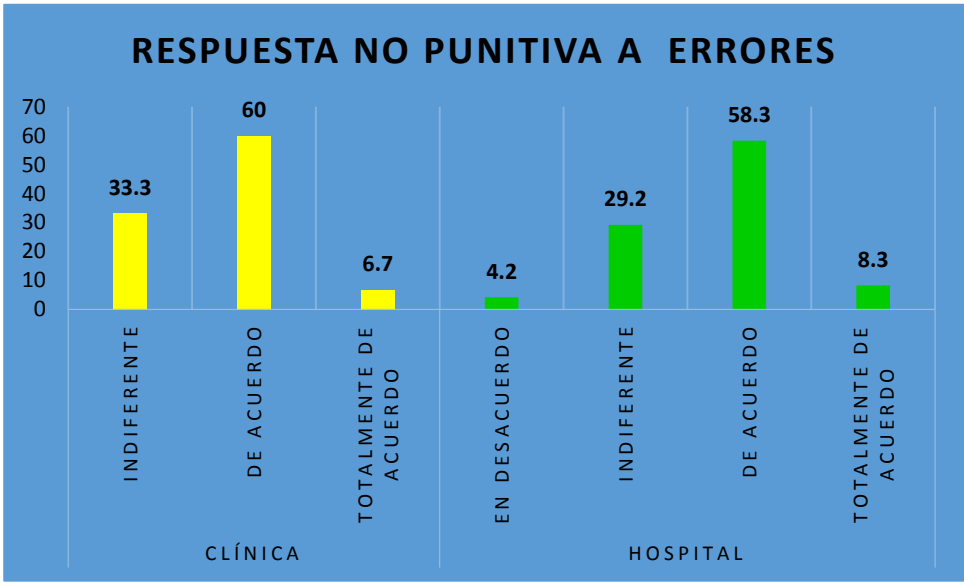
Tabla 24 Respuesta no punitiva a errores en las enfermeras de centro quirúrgico la Clínica Santa Isabel 2018.

Respuesta no punitiva a errores		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	5	33,3
Válidos De acuerdo	9	60,0
Totalmente de acuerdo	1	6,7
Total	15	100,0

Tabla 25: Respuesta no punitiva a errores en las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco.

Respuesta no punitiva a errores		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	1	4,2
Indiferente	7	29,2
Válidos De acuerdo	14	58,3
Totalmente de acuerdo	2	8,3
Total	24	100,0

Figura 13 Respuesta no punitiva a errores en las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel 2018.



En cuanto a la tabla 24, tabla 25 y figura 13, se observa que un 60% de las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel están de acuerdo con la respuesta no punitiva frente a los errores, 33.3% es indiferente y solo el 6.7% está totalmente de acuerdo. En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el 58.3% de las enfermeras de centro quirúrgico está de acuerdo con la respuesta no punitiva frente a los errores, 29.2% se muestra indiferente, 8.3% totalmente de acuerdo y solo el 4.2% en desacuerdo.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

A continuación, se presentan los procedimientos realizados para la hipótesis y su respectiva prueba estadística.

Prueba de Hipótesis General

Formulación de hipótesis

H₁: De acuerdo a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel se desarrolla una adecuada cultura de seguridad del paciente en sus instituciones.

H₀: De acuerdo a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel NO se desarrolla una adecuada cultura de seguridad del paciente en sus instituciones.

Prueba T para una muestra: contrasta si la media de una sola variable difiere de una constante especificada.

Nivel de significancia: $p\text{-valor}/2 < 0,05 = \text{valor de la significancia}$

Estadísticos: para la variable de prueba: media, desviación estándar y error estándar de la media. La diferencia promedio entre cada valor de los datos y el valor de contraste hipotetizado, una prueba *t* que contrasta que esta diferencia es 0 y un intervalo de confianza para la diferencia promedio (para el que puede especificarse el nivel de confianza).

Lectura del error: cuando el valor de la probabilidad es menor a 0,05 (5% del margen de error) se rechaza la hipótesis nula.

Prueba T para una muestra

T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Promedio de dimensione s	5,261	11	0,000	15,84083	9,2131 22,4685

H₁: Los valores de las dimensiones en promedio son mayores o iguales a 50.

H₀: Los valores de las dimensiones en promedio no son mayores o iguales a 50.

Interpretación:

Se cuenta con un nivel de confianza del 95%. Se rechaza la hipótesis nula. Por tanto, los valores de las dimensiones en promedio son mayores o iguales a 50% lo cual significa que son favorables en el sentido que representan una adecuada cultura de seguridad del paciente.

Prueba de Hipótesis específica 1

Formulación de hipótesis

H₁: Existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

H₀: No existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018.

Prueba T para una muestra: contrasta si la media de una sola variable difiere de una constante especificada.

Nivel de significancia: $p\text{-valor}/2 < 0,05 = \text{valor de la significancia}$

Estadísticos: para la variable de prueba: media, desviación estándar y error estándar de la media. La diferencia promedio entre cada valor de los datos y el valor de contraste hipotetizado, una prueba *t* que contrasta que esta diferencia es 0 y un intervalo de confianza para la diferencia promedio (para el que puede especificarse el nivel de confianza).

Lectura del error: cuando el valor de la probabilidad es menor a 0,05 (5% del margen de error) se rechaza la hipótesis nula.

Prueba T para una muestra

Valor de prueba = 50						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Valores positivos	1,940	11	0,078	9,39167	-1,2641	20,0474

H₁: Los valores de las dimensiones en promedio son mayores o iguales a 50.

H₀: Los valores de las dimensiones en promedio no son mayores o iguales a 50.

Interpretación:

Se cuenta con un nivel de confianza del 95%. Se rechaza la hipótesis nula. Por tanto, los valores de las dimensiones en promedio son mayores o iguales a 50% lo cual significa que son favorables en el sentido que representan una adecuada cultura de seguridad del paciente.

Prueba de Hipótesis específica 2

Formulación de hipótesis

H₁: Existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

H₀: No existe una adecuada cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018.

Prueba T para una muestra: contrasta si la media de una sola variable difiere de una constante especificada.

Nivel de significancia: $p\text{-valor}/2 < 0,05 = \text{valor de la significancia}$

Estadísticos: para la variable de prueba: media, desviación estándar y error estándar de la media. La diferencia promedio entre cada valor de los datos y el valor de contraste hipotetizado, una prueba *t* que contrasta que esta diferencia es 0 y un intervalo de confianza para la diferencia promedio (para el que puede especificarse el nivel de confianza).

Lectura del error: cuando el valor de la probabilidad es menor a 0,05 (5% del margen de error) se rechaza la hipótesis nula.

Prueba T para una muestra						
Valor de prueba = 50						
t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
				Inferior	Superior	
Valores positivos	8,038	11	0,000	34,44167	25,0112	43,8721

HH₁: Los valores de las dimensiones en promedio son mayores o iguales a 50.

H₀: Los valores de las dimensiones en promedio no son mayores o iguales a 50.

Interpretación:

Se cuenta con un nivel de confianza del 95%. Se rechaza la hipótesis nula. Por tanto, los valores de las dimensiones en promedio son mayores o iguales a 50% lo cual significa que son favorables en el sentido que representan una adecuada cultura de seguridad del paciente.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

En el presente estudio realizado en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel, se observa que la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel esta representa por un 84.4% del total de respuestas positivas lo que indica ser una fortaleza; y con respecto a la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se observa que está representada por el 59.4% del total de respuestas positivas lo que indica ser una oportunidad de mejora. Al contrastar el resultado con Pérez L.18 sobre la

calificación brindada a la cultura de seguridad del paciente por profesionales que laboran en quirófano en un hospital cubano, esta se percibe como excelente o muy buena. Por otro lado, al confrontar con Campos L. et al²⁵ que realizó un estudio en enfermeras de centro quirúrgico y busco medir la seguridad integral del paciente quirúrgico en Trujillo, se observa que durante la fase perioperatoria solo el 57% representa un nivel bueno en la seguridad integral del paciente quirúrgico²⁵. Así mismo, contrastando con Castro F. et al²¹ que realizó un estudio con enfermeras de un hospital público en México y que tuvo como objetivo determinar si el personal de enfermería identificaba y aplicaba las medidas de seguridad con relación a las 6 metas internacionales para la seguridad del paciente, se evidencio que solo la meta 6 era identificada y aplicada por las enfermeras con 75% mientras que el resto metas solo obtuvieron entre 50-57% como porcentaje más alto. Al confrontar también con Ore M.²⁶ se evidencia que el cuidado del paciente quirúrgico se caracteriza por ser un proceso de cuidado seguro y que garantiza la protección del paciente Es muy importante destacar, que cuando el personal se involucra con su cultura laboral y la adopta como parte de sus actividades diarias, en este caso de seguridad del paciente, se reducen los riesgos de eventos adversos o daños en el paciente.

En cuanto a la dimensión 1, trabajo en equipo dentro del área o servicio, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel representa el 93.3% del total de respuestas positivas; asimismo en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz representa el 75% del total de respuestas positivas lo que evidencia para ambos casos que esta dimensión es una fortaleza. Al contrastar este resultado con Abellan R, et al¹⁷ que realizó su estudio entre profesionales y auxiliares de enfermería en España para describir sus actitudes frente a la cultura de la seguridad, indicó a esta dimensión como una fortaleza ya que obtuvo un 77.79% de respuestas positivas. Al mismo tiempo, en el estudio de Pérez L.¹⁸ se observa que esta dimensión también representa una fortaleza ya que obtuvo el 95% de respuestas positivas, sin embargo, al contrastar con el estudio de Martínez L.²⁴ que conto con enfermeras de centro quirúrgico y recuperación de un

hospital nacional en Perú, se aprecia que esta dimensión cuenta un porcentaje del 53.3% lo que se interpreta como una oportunidad de mejora. El trabajo en equipo es un elemento poderoso dentro de las áreas o servicios, ya que su presencia estimula al compromiso y desempeño individual hacia objetivos y metas en común. Del mismo modo, en la dimensión 2, expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes; en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel se obtuvo un porcentaje del 93.3% del total de respuestas positivas lo que representa una fortaleza, mientras que en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se obtuvo un porcentaje del 50% del total de respuestas positivas y esta constituye una oportunidad de mejora. Al confrontar este resultado con Vicente B, et al²⁰ que realizó un estudio con profesionales de enfermería de un hospital público de España y buscó evaluar sus percepciones, opiniones y conductas sobre seguridad del paciente en el servicio quirúrgico, se evidencia de forma positiva que el superior o jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente, sino que por el contrario propone medidas correctivas. Los líderes de los diferentes servicios o unidades, tienen la principal función de fomentar una cultura que estimule la mejora continua pero aún más importante facilitar las condiciones para que se produzca.

Asimismo, en la dimensión 3, aprendizaje organizacional - mejora continua, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel representa un 93.3% del total de respuestas positivas mientras que en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz representa el 91.7% del total de respuestas positivas lo que evidencia en ambos casos que esta dimensión es una fortaleza. Al contrastar con Pérez L.¹⁸ se observa que el 100% de sus participantes manifestó que los cambios realizados para mejorar la seguridad del paciente son evaluados para acreditar su efectividad. Dentro del mismo estudio, se percibe que existe un aprendizaje organizacional respecto al análisis de los errores, lo cual lleva a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente. Las organizaciones, sobretodo en salud, deben tener la capacidad de crear información desde sus propias fuentes y así generar nuevos conocimientos, dentro de una cultura que lo

facilite y al mismo tiempo brinda las condiciones para el desarrollo de nuevas capacidades en su personal. De la misma manera, cabe resaltar que cualquier intento de mejora dentro de una organización no debe ser un esfuerzo aislado sino ser el esfuerzo sistematizado de todas las áreas involucradas.

Con respecto a la dimensión 4, apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel esta representa un 86.7% del total de respuestas positivas; para el caso de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz esta dimensión representa el 70.8% del total de respuestas positivas, para ambas instituciones esta dimensión refleja ser una fortaleza. Al confrontar con Pérez L.¹⁸ el 89% de los profesionales que participaron en este estudio están de acuerdo con que su jefe expresa su satisfacción cuando se evitan riesgos y el 94% está en desacuerdo con que el jefe pase por alto los problemas de seguridad. Por otro lado, en el estudio realizado por Arrieta A. et al²³ que conto con diferentes profesionales de la salud del sector público y privado como participantes en Perú y al mismo tiempo busco evaluar la cultura de seguridad del paciente, se observó falta de apoyo y acciones del gestor frente a la seguridad del paciente que influyen negativamente en la implantación de las medidas de seguridad. También, al contrastar con Gómez et al²² que realizo un estudio con personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá y que tuvo como objetivo caracterizar la cultura de seguridad del paciente, se percibe en general el interés de la gerencia por la seguridad del paciente y representa uno de los aspectos positivos para dicha investigación. Los administradores de cualquier institución son los encargados marcar la pauta general para el desarrollo de estrategias de mejora continua, lo que significa en términos de seguridad del paciente, garantizar que los procesos y procedimientos fomenten una cultura de no daño al paciente y proteja al mismo tiempo al personal asistencial.

En cuanto a la dimensión 5, percepciones generales de la seguridad del paciente, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel se obtuvo como porcentaje 86.7% del total de respuestas positivas y expresa ser una fortaleza, en

el caso de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se obtuvo como porcentaje 54.2% del total de respuestas positivas lo que representa una oportunidad de mejora para esta institución. Al contrastar con la literatura se pone en evidencia la necesidad de establecer escenarios de atención que signifiquen el mínimo riesgo posible para los usuarios y esto no solo involucra las competencias del personal asistencial sino también a la organización en general. Y frente, al resultado obtenido se puede inferir que las instituciones participantes del presente estudio se encuentran en buen camino hacia una percepción general de la seguridad del paciente en su personal asistencial de centro quirúrgico.

Del mismo modo en la dimensión 6, comunicación e información sobre errores, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel se cuenta con un porcentaje del 93.3% del total de respuestas positivas lo que la sitúa a esta dimensión como una fortaleza para la institución mientras que en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se obtuvo un porcentaje del 54.2% lo que representa una oportunidad de mejora. Al contrastar con Pérez L.¹⁸ se evidencia que el 50% de los profesionales que participaron en este estudio siempre reciben información sobre el accionar ante un incidente notificado y este porcentaje también se sitúa a esta dimensión como una oportunidad de mejora. Asimismo, Martínez L.²⁴ realizó un estudio con enfermeras de centro quirúrgico y recuperación de un hospital público en Lima y buscó determinar la cultura de seguridad del paciente, reportó que solo el 66.7% de las participantes recibió comunicación sobre los errores en la unidad, lo que también significa una oportunidad de mejora. La comunicación en general, dentro de un establecimiento de salud, puede significar éxito o fracaso de la atención brindada; es por esta razón, que es muy importante fusionar las competencias y habilidades de comunicación del personal al momento de interactuar con los usuarios ya que esta refleja el estado de la comunicación dentro de la organización per se.

Con relación a la dimensión 7, grado al que la comunicación es abierta, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel se obtuvo como

porcentaje el 80% del total de respuestas positivas lo que representa una oportunidad de mejora y en el caso de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se obtuvo un 66.7% como porcentaje del total de respuestas positivas lo que evidencia una oportunidad de mejora. Al confrontar con Pérez L.¹⁸ se puede observar que el 72% de los profesionales participantes en este estudio siempre tenían libertad de expresión ante una conducta que puede afectar la atención al paciente y el 78% refiere que siempre se discute en el servicio sobre los errores para evitar que vuelva a ocurrir; estos porcentajes colocan a esta dimensión como una fortaleza. Con relación a esta dimensión, Martínez L.²⁴ evidencia que el 88.9% de respuestas fueron negativas y se logra inferir una escasa apertura a la comunicación y al mismo tiempo la sitúa como una oportunidad de mejora. Una comunicación abierta debe partir de la premisa que el paciente es primero, al mismo tiempo involucra un lenguaje claro y sencillo dentro del marco de responsabilidad legal de cada profesional involucrado en la atención de salud y además debe incluir a la familia dentro de este proceso de comunicación.

Con respecto a la dimensión 8, frecuencia de incidentes reportados, se observa en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel un 80% como porcentaje del total de respuestas positivas y se le considera como una fortaleza, para el caso de las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se observa un 54.2% como porcentaje del total de respuestas positivas considerándose, así como una oportunidad de mejora. Al contrastar con Pérez L.¹⁸ el 67% de los profesionales que participaron en este estudio notificaron siempre los errores descubiertos antes de afectar al paciente, el 56% notifica errores que previsiblemente no van a dañar al paciente y el 44% notifica siempre errores que no han tenido consecuencias adversas; y todos estos porcentajes representan una oportunidad de mejora para esta dimensión. La frecuencia de incidentes reportados no busca convertirse en una cacería de brujas y capturar culpables, más por el contrario busca identificar los puntos débiles de la organización y hallar su causa-raíz. También, favorece la sensibilización de los profesionales con relación a los problemas de seguridad y asegurar su compromiso con el mismo.

De la misma forma, la dimensión 9, trabajo en equipo a través de las unidades, se observa en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel un 100% como porcentaje del total de respuestas positivas y se le considera una fortaleza. Mientras que, en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se observa un 37.5 % como porcentaje del total de del total de respuestas positivas siendo así una oportunidad de mejora. Contrastando con Pérez L.¹⁸ se observa que el 100% de sus participantes está de acuerdo con el trabajo en equipo a través de las unidades y este representa una fortaleza para ese estudio mientras que Martínez L.²⁴ evidencia que el 51.1% de los participantes está en desacuerdo. Trabajar en equipo entre unidades es aún más complejo por los procesos y personal involucrados. Es por esta razón, que demanda un alto compromiso multidisciplinario profesional y al mismo tiempo reduce riesgos y favorece al fortalecimiento de una cultura de seguridad entre las unidades.

De acuerdo con la dimensión 10, dotación de personal, se observa en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel un 46.7% como porcentaje del total de respuestas positivas y la sitúa como una oportunidad de mejora. Asimismo, en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz constituye un 62.5% como porcentaje del total de respuestas positivas siendo también una oportunidad de mejora. Al confrontar con Abellan R, et al¹⁷ se observa que el 59.62% fueron respuestas negativas frente a dotación de personal de la misma forma Martínez L.²⁴ indica que el 57.8% de respuestas indicaron una oportunidad de mejora en esta dimensión. Así mismo, al contrastar con Gómez et al²² se evidencia como aspecto negativo al alto flujo de personal ocasional que se percibe como un riesgo. Todas las organizaciones de salud deben contar con el número adecuado de profesionales para brindar una atención oportuna y de calidad. Es aquí, donde resalta la importancia del factor humano, pero más importante su comportamiento frente a la resolución de problemas laborales cotidianos. Una dotación de personal óptima minimiza el riesgo de cometer errores,

favorece la productividad del personal e incrementa la satisfacción laboral, la cual no solo beneficia al entorno sino también a los pacientes en general.

Con respecto a la dimensión 11, transferencias y transiciones, en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel se observa un 93.3% como porcentaje del total de respuestas positivas y se le considera como una fortaleza. Por otro lado, en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz un 29.2% como porcentaje del total de respuestas positivas siendo considerada una oportunidad de mejora. Al contrastar con Pérez L.¹⁸ se evidencia que el 94% de los profesionales participantes de ese estudio están en desacuerdo con la pérdida de información cuando se transfiere de una unidad a otra. Por otro lado, Martínez L.²⁴ indica que esta dimensión es una oportunidad de mejora ya que representa el 57.8%. Las transferencias o transiciones (cambio de turno o traslado de pacientes), se caracterizan por una comunicación efectiva y detallada entre profesionales y al mismo tiempo de confianza ya que debemos creer en lo que el otro profesional nos reporta en relación al turno o a un paciente. Todas las transferencias deben estar protocolizadas y estandarizadas dentro de las organizaciones de salud para así evitar errores que pueden causar daño al paciente.

De acuerdo con la dimensión 12, respuesta no punitiva a errores, se observa en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel un 66.7% como porcentaje del total de respuestas positivas y de la misma manera en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz un 66.7% como porcentaje del total de respuestas positivas, y para ambos casos se consideran como oportunidad de mejora. Al confrontar con Vicente B, et al²⁰ señala que el 35.5% de los participantes en ese estudio relatan tener preocupación que al reportar los errores se guarden en su hoja de vida y el 29.1% de los encuestados opinan que al reportar sus errores se vuelven en contra de ellos. Nuestro sector salud, se encuentra enfrascado en una cultura de búsqueda de culpables sin embargo las culturas no punitivas son aquellas que fomentan un clima de seguridad abierto en

la cual los errores son una oportunidad de mejorar para implementar estrategias que garanticen no vuelvan a ocurrir las mismas situaciones de riesgo.

VII. CONCLUSIONES

- Se identifica una cultura de seguridad del paciente adecuada para ambas instituciones. En las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel la cultura de seguridad del paciente es una fortaleza ya que esta representa un 84.4% del total de respuestas positivas. Sin embargo, en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz la cultura de seguridad del paciente es una oportunidad de mejora ya que esta representa un 59.4% del total de respuestas positivas.
- Se identifica en las enfermeras de la Clínica Santa Isabel, la mayor cantidad de dimensiones tipificadas como fortalezas entre estas la dimensión 1, trabajando en equipo dentro de las unidades; la dimensión 2, expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes; la dimensión 3, aprendizaje organizativo—mejorías continuas; la dimensión 4, apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente; la dimensión 5, percepciones generales de la seguridad del paciente como fortalezas; la dimensión 6, comunicación e información sobre errores; la dimensión 7, grado al que la comunicación es abierta; la dimensión 8, frecuencia de incidentes reportados; la dimensión 9, trabajando en equipo a través de las unidades y la dimensión 11, transferencias y transiciones con porcentajes del 93.3%, 93.3%, 93.3%, 86.7%, 86.7%, 93.3%, 80%, 80%, 100% y 93.3% respectivamente. Al mismo tiempo, la dimensión 10, dotación de personal y la dimensión 12, respuesta no punitiva a errores fueron identificadas como oportunidades de mejora con porcentajes 46.7% y 66.7% respectivamente.
- Se identifica en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, la mayor cantidad de dimensiones tipificadas como oportunidad de mejora entre estas la dimensión 2, expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes; la dimensión 5, percepciones generales de la seguridad del paciente como fortalezas; la dimensión 6, comunicación e información sobre errores; la dimensión 7, grado al que la comunicación es abierta; la dimensión 8,

frecuencia de incidentes reportados; la dimensión 9, trabajando en equipo a través de las unidades; la dimensión 10, dotación de personal; la dimensión 11, transferencias y transiciones y la dimensión 12, respuesta no punitiva a errores como oportunidades de mejora con porcentajes del 50%, 54.2%, 54.2%, 66.7%, 54.2%, 37.5%, 62.5%, 29.2% y 66.7% respectivamente. Cabe resaltar que también se identificaron dimensiones tipificadas como fortaleza entre las que se encuentran la dimensión 1, trabajando en equipo dentro de las unidades; la dimensión 3, aprendizaje organizativo—mejorías continuas y la dimensión 4, apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente con porcentajes de 75%, 91.7% y 70.8% respectivamente.

VIII. RECOMENDACIONES

- Ambas instituciones, deben tomar como referencia a aquellas dimensiones consideradas como fortaleza para mejorar y perfeccionar la cultura de seguridad del paciente.
- Ambas instituciones, deben tener en consideración a aquellas dimensiones consideradas como oportunidad de mejora para realizar evaluaciones periódicas y fortalecer aquellas debilidades relacionadas a la cultura de seguridad del paciente.
- Ambas instituciones, deben establecer estrategias específicas, encaminadas a implementar acciones de mejora con la finalidad de fomentar, desarrollar y conservar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico.
- Los resultados obtenidos permitirán realizar estudios comparativos posteriores, entre hospitales o clínicas de características similares y así determinar si la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico difiere o se asemeja en una institución pública o privada.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

1. Bonilla Ibáñez CP. Manual de enfermería en el quirófano. Ibagué.
2. Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para Infraestructura en Salud M. Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de los establecimientos de salud: Guías técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico y cirugía ambulatoria. Lima .
3. Weiser TG HAMGLSEMULFRATCTBWGA. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. , World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization.
4. Aparecida Carvalho P DGLGMPMCdOM. Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud. , Rev Latino-Am Enfermagem.
5. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente:. [Online]; 2008. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
6. Michaels RK MMDYFFHERLCRBHPP. Achieving the National Quality Forum "Never Events": prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. Annals of surgery. Lima :, Ministry of Health; 2011.
7. IBEAS O. red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. “Hacia una atención hospitalaria más segura”..
8. Datos abiertos. producción asistencial en intervenciones quirúrgicas de las IPRESS. [Online]. Disponible en:
<http://datos.susalud.gob.pe/group/producci%C3%B3n-asistencial-en-intervenciones-quir%C3%B3gicas-de-las-ipress>.

9. INEI. Compendio estadístico del Perú 2015. [Online]; 2015. Disponible en: [Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1253/compendio2015.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1253/compendio2015.html).
10. PERÚ B. Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización en el Perú I. [Online]; 2009. Disponible en: <https://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2009/12/5-ibeas-peru-minsa-decsa.pdf>.
11. Association of periOperative Registered. Guidelines for perioperative practice..
12. American Nursing Association. Culture of Safety. [Online]; 2016. Disponible en: http://www.nursingworld.org/dtcontent/dt_tier4/american-nurses-association-calls-for-a-culture-of-safety-in-all-health-care-settings-050416/.
13. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente...
14. Ministry of Health. Technical guide for implementing the safety checklist of surgery. Lima :, General Directorate of People's Health.
15. Soule BM. Seguridad del paciente. Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC. Reino Unido :, International Federation of Infection Control.
16. Palmieri PA,LMJM,MKM,FEW,&LJS. A multi-method approach for target-language translation and cross-cultural adaptation. , Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).
17. Mir-Abellán RFPayPMML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. [Online]. Disponible en: [Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas](#).
18. LP. B. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. Revista Cubana de Enfermería. 2017.

19. Da Silva EL dARF. La seguridad del enfermo y los procesos sociales en relación con enfermeros en el contexto de la sala de operaciones. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2016.
20. Bernalte-Martí V OCMMSL. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica.. Enfermería Clínica. 2015.
21. Hernández FI SEHCRE. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel.. CONAMED. 2015.
22. Gómez Ramírez O AGWGVLG SJMGESGA. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y enfermería. 2017.
23. ARRIETA A SGHGSG. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. [Online]; 2018. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=128954965&lang=es&site=ehost-live>.
24. Martínez C. VL. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima .
25. Rubio LC RJRL. Calidad Del Cuidado De Enfermería En La Seguridad Integral Del Paciente Quirúrgico Del Hospital Base Víctor Lazarte Echeagaray, Trujillo. trujillo .
26. MD OR. Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. 2010.
27. Pérez CyVJA. Seguridad del paciente al alcance de todos. [Online]; 2013. Disponible en:
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioumasp/detail.action?>
28. Real Academia de Lengua Española. [Online]. Disponible en: [Error; 2018. http://dle.rae.es/?id=G47B9qL](http://dle.rae.es/?id=G47B9qL).

29. Marchitto M. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. , Laboreal.
30. Revuelta JFR,&MMB. Conceptos básicos sobre seguridad clínica: definición e importancia del problema. Revista Enfermería del Trabajo.. 2011.
31. School IO. Patient safety and quality improvement on line course. Patient safety module.. [Online]. Disponible en:
<http://app.ihi.org/lmsspa/#/8240ed40-6d91-4985-8d03-a1d4160deae9/3d50418b-cc8b-4f92-be4c-f9307acb69eb>.
32. Kohn LT CJDM(). The Institute of Medicine Committee on the Quality of Healthcare in America: To err is human: building a safer health system. Washington DC:, National Academies Press.
33. Hurwitz B SAHcmvaps. Health care errors and patient safety.. Reino Unido,;, Blackwell Publishing, BMJ Books,.
34. J RJHemamBM. Human factors: a personal perspective.. Helsinky.
35. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la investigación en seguridad del Paciente. [Online]; 2008. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
36. Clemente PA. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. [Online]; 2007. Disponible en:
https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/primum_non_nocere.pdf.
37. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México. [Online]. Disponible en:
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5285/5435>.
38. Acosta MP. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Revista de Enfermería Neurológica. 2011.

39. D. FMMCPOSCLGM. Atención Primaria. [Online]; 2015. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001498>.
40. Fernández Arias MN. Conocimientos sobre seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. Lima.
41. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Online]; 2009. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
42. Gómez CAIaEÁF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan. [Online]; 2006. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioumasp/detail.action?docID=3198580>.
43. P. Ruiz López ICG. Liderazgo en la seguridad del paciente..
44. Woodward SS. steps to patient safety. Rev Calid Asist. [Online]; 2005. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X08747250#!>.
45. Salud AdCdSnd. La seguridad del paciente en siete pasos. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. [Online]; 2005. Disponible en: https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf.
46. Kohn LT CJD. To err is human: building a safer health system. Washington DC,; The Institute of Medicine Committee on the Quality of Healthcare in America.
47. Jesús María Aranaz EDdS. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes. [Online]; 2014. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioumasp/detail.action?docID=3226718>.
48. Garzón Castrillón MA&FAL. Modelo teórico de aprendizaje organizacional. , Pensamiento & Gestión.
49. Sur. SdSdBC. Reglamento de Funciones de los Hospitales..

50. Humberto Arenas-Márquez RAP. Errores en cirugía, Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica..
51. Rocco C. GA. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017.
52. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Guía de práctica clínica sobre seguridad del paciente. [Online]; 2018. Disponible en:
http://www.epes.es/wp-content/uploads/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf.
53. Joint Commission. Joint Commission Internacional. Comunicación durante el traspaso de pacientes.. , Soluciones para la seguridad del paciente..
54. R. O. Manual de Enfermería Quirúrgica. , España. 2015. España:, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
55. [Online]. Disponible en:
https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2267/mod_resource/content/1/Modulo_1/trabajo_en_equipo.pdf
<https://www.campusvirtualsp.org/?q=es/cursos/auto-aprendizaje>.
56. B CC. Satisfacción laboral del enfermero en centro quirúrgico Hospital Dos de mayo..
57. Sousa Valmi D. DMMIAC. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería...
58. Cristián Rocco AG. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. [Online]; 2017. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268#bib0135>.
59. salud Omdl. Alianza mundial para la seguridad del paciente.. [Online]; 2008. Disponible en: www.who.int/topics/patient_safety/es/.
60. Ministerio de Salud del Perú.. Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria. [Online]; 2001.

61. [Online]. Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/EquipInfraest/ProyArquitecturaEquipCENTROQUIRURGICO.pdf>.
62. Custodio. JA. Unidad de recuperación post-anestésica. Chiclayo.. [Online]; Julio 2012.. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jcustodio91/urpa>.
63. Merino. JPPyM. Definición de paciente. [Online]; 2010. Disponible en: <https://definicion.de/paciente/>.
64. Hernández Sampieri R,FCC,&BLP. Metodología de la investigación. Sexta Edición ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2014.
65. Hernández A. SJ,CE. Investigación en enfermería. Chile:, Principios y métodos cuantitativos..
66. [Online]. Disponible en:
<http://www.saludbcs.gob.mx/ITAI/atribuciones/FUNCIONES%20DE%20LOS%20HOSP.pdf>.
67. Da Silva EL dARF. La seguridad del enfermo y los procesos sociales en relación con enfermeros en el contexto de la sala de operaciones. Cultura de los cuidados. 2016.
68. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La seguridad del paciente en siete pasos. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. [Online]; 2005. Disponible en:
https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf.
69. Hernández A. SJ,CE. Investigación en enfermería.. Chile:, Principios y métodos cuantitativos..
70. Hernández A. SJ,CE. Investigación en enfermería.. Chile :, Principios y métodos cuantitativos.
71. R. O. Manual de Enfermería Quirúrgica. España. :, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir,.
72. R. O. Manual de Enfermería Quirúrgica. España. :, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir,.

73. R O. Manual de Enfermería Quirúrgica.. España. :, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
74. R. O. Manual de Enfermería Quirúrgica.. España. :, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir,.
75. Cristián Rocco AG. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. [Online]; 2017. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268#bib0135>.
76. Organización mundial de la salud.. Alianza mundial para la seguridad del paciente.. [Online]; 2008. Disponible en:
http://www.who.int/topics/patient_safety/es/.

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018?	Determinar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.	H ₁ : De acuerdo a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel se desarrolla una adecuada cultura de seguridad del paciente en sus instituciones.	Variable: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Dimensión 1: Trabajo en equipo dentro del área o servicio <u>Indicadores</u> -La gente se apoya una a la otra en esta área -Cuando se necesita hacer mucho trabajo rápidamente, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. -En esta unidad, el personal se trata con respeto. -Cuando el personal en esta unidad está realmente ocupado, otros le ayudan. Dimensión 2: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes. <u>Indicadores</u> -Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos de seguridad del paciente. -Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. -Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa acortar en forma negativa los procesos. (Redactado negativamente) -Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes que ocurren	1.- Enfoque: Investigación Cuantitativa 2.- Metodo: Descriptivo 3.- Corte: Transversal 4.- Diseño: No experimental	Población: 41 enfermeras (24 en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y 17 en la Clínica Santa Isabel) Unidad de Análisis: Enfermeras que trabajan en el servicio de centro quirúrgico y recuperación	Técnicas: -Encuesta Instrumentos: Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos en su versión adaptada al español peruano. 42 ítems. Escala de Likert. Positivo:
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS					
¿Cuál es la Cultura de Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018?	Describir la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018, de acuerdo con las	H ₀ : De acuerdo a las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La				

<p>¿Cuál es la Cultura de Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018?</p>	<p>dimensiones referidas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture en su versión español-Perú.</p> <p>Describir la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel 2018, de acuerdo con las dimensiones referidas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture en su versión español-Perú.</p>	<p>Hoz y la Clínica Santa Isabel NO se desarrolla una adecuada cultura de seguridad del paciente en sus instituciones.</p>	<p>una y otra vez. (Redactado negativamente)</p> <p>Dimensión 3: Aprendizaje organizacional - mejora continua <u>Indicadores</u> Hacemos actividades para mejorar la seguridad del paciente. -Los errores han llevado a realizar cambios positivos aquí. -Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos si los resultados son los esperados.</p> <p>Dimensión 4: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente <u>Indicadores</u> -La dirección de este Hospital/Clínica provee de un clima o ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente -Las acciones de la Dirección de este Hospital/Clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. -La Dirección de la Hospital/Clínica parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso. (Redactado negativamente)</p> <p>Dimensión 5: Percepciones generales de la seguridad del paciente <u>Indicadores</u> --La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo. -Nuestros procedimientos y procesos son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. -Es sólo por casualidad que errores más serios no suceden aquí. (Redactado negativamente)</p>			<p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, ni uno ni otro / indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo) Negativo: (Nunca, Rara vez, A veces, La mayor parte del tiempo, Siempre)</p>
--	---	--	--	--	--	--

			<p>-Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (Redactado negativamente)</p> <p>Dimensión 6: Comunicación e información sobre errores <u>Indicadores</u> -Se nos informa sobre los cambios hechos en base a reportes de eventos. -Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta área de trabajo. -En esta unidad debatimos formas de prevenir errores para que no ocurran nuevamente.</p> <p>Dimensión 7: Grado al que la comunicación es abierta <u>Indicadores</u> -El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. -El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. -El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (Redactado negativamente)</p> <p>Dimensión 8: Frecuencia de incidentes reportados <u>Indicadores</u> -Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es reportado? -Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? -Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>Dimensión 9: Trabajo en equipo a través de las unidades</p> <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Hay buena cooperación entre las unidades del Hospital/Clínica que necesitan trabajar juntas. -Las unidades en esta Hospital/Clínica trabajan bien unidos para proveer el mejor cuidado a los pacientes. -Las áreas (servicios) de este Hospital/Clínica no coordinan bien entre sí. (Redactado negativamente) -Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente) <p>Dimensión 10: Dotación de personal</p> <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. -El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (Redactado negativamente) -Usamos más personal de reemplazo o temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (Redactado negativamente) -Trabajamos bajo presión intentando realizar demasiadas cosas muy rápidamente. (Redactado negativamente) <p>Dimensión 11: Transferencias y transiciones <u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -La información y/o objetos de los pacientes se pierden cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (Redactado negativamente) 			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>-Se pierde a menudo información importante para el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno. (Redactado negativamente)</p> <p>-A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de las unidades en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p> <p>-Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p> <p>Dimensión 12: Respuesta no punitiva a errores <u>Indicadores</u></p> <p>-El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (Redactado negativamente)</p> <p>-Cuando se reporta un evento, se tiene la sensación de que se reporta a la persona y no al evento. (Redactado negativamente)</p> <p>-El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (Redactado negativamente)</p> <p>-1. En la clínica funciona el Sistema de notificación clínica de eventos adversos / 2. En el hospital funciona el Sistema de notificación hospitalario de eventos adversos.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Instrumento:

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) en su versión adaptada al español peruano.

Este cuestionario fue desarrollado en 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los EE.UU. para evaluar la cultura de seguridad del paciente en el entorno hospitalario y consta de dos tipos de preguntas, unas formuladas en sentido positivo y otras en sentido negativo, y para ambas se utiliza una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Además, de haberse utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en dicho país, ha sido utilizado en otros países. La propia AHRQ tradujo el cuestionario al español y uno de los primeros países de habla hispana en utilizarlo fue el grupo de trabajo de la Universidad de Murcia en España, quienes adaptaron y validaron este cuestionario al español de España.

De la misma manera, Palmieri et al. realizaron un estudio de adaptación y validación intercultural para este instrumento. Dicho estudio utilizó un sólido proceso para traducir, adaptar, validar y evaluar la equivalencia de una versión al español peruano de la Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC) para uso en hospitales y clínicas peruanas. Este fue un estudio multi-métodos que implementó un proceso de tres fases, que incluyeron: traducción directa e inversa con síntesis y contrastación (Fase 1), se realizaron pruebas preliminares con expertos en la práctica clínica y entrevistas cognitivas (Fase 2) y evaluación expertos en la materia realizaron una evaluación y valoración (Fase 3). El estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad A. T. Still. A través del panel de expertos en la materia (N = 6), se estableció la claridad del ítem, la equivalencia cultural y su relevancia. Los ítems fueron evaluados en su mayoría como claros (S-CVI / Avg = 0.96) y sustancialmente relacionados con los dominios esperados del instrumento (S-CVI / Avg = 0.72). El instrumento en español peruano evidenció que era culturalmente equivalente (S-CVI / Avg = 0.97) a la versión original en inglés americano. En general, hubo un acuerdo consistente entre los expertos según lo medido por el índice de relación (Kfree = 0,42 a 1,00). Este estudio identificó y corrigió con éxito los elementos de la encuesta potencialmente problemáticos y los errores con la traducción.

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estimada Colega:

Reciba nuestro saludo cordial, somos enfermeras egresadas de la especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico de la UNAC, Lic. Nataly Membrillo, Lic. Ada Vilcapuma y Lic. Dailú Alvaro; nos encontramos en la fase de aplicación y recolección de datos de nuestro proyecto de investigación, que lleva como título: *“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y LA CLÍNICA SANTA ISABEL, LIMA – 2018”* y el cual tiene como objetivo principal determinar la cultura de seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería que labora en centro quirúrgico de esta institución. Contando con los permisos respectivos por parte de la institución, le solicitamos su apoyo respondiendo de forma veraz las preguntas del cuestionario que se adjunta a este consentimiento informado. La información recabada será de carácter estrictamente anónimo y no perjudicará su puesto de trabajo; asimismo los resultados obtenidos gracias a su participación permitirán implementar posteriormente programas de mejora en relación a la cultura de seguridad del paciente.

DATOS GENERALES	
Edad:	Sexo:
Especialidad:	
Servicio: SOP Central de Esterilización	Recuperación
Tiempo de ejercicio profesional:	Tiempo que labora en la clínica:
Horas de trabajo mensual en la Clínica:	
Trabaja en otra institución de salud:	De responder si, mencione el nombre la institución y cuantas horas labora en esta:
Sí No	

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario hace énfasis en la seguridad del paciente, el error y el reporte de eventos, y cuenta con 42 preguntas formuladas de forma positiva y negativa. A continuación, se presentan enunciados los cuales tendrá que marcar con una “X” según las alternativas presentadas: *Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo*; también encontrará opciones como *Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, ni uno ni otro, De acuerdo, Totalmente de acuerdo* y finalmente *Nunca, Rara vez, A veces, La mayor parte del tiempo, Siempre*.

Muy agradecidas

Encuesta Hospitalaria sobre Seguridad del Paciente

INSTRUCCIONES

Esta encuesta le pide su opinión sobre algunos temas de seguridad del paciente, errores médicos y reporte de eventos en su hospital, y le tomará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si no desea responder una pregunta, o si ésta no se aplica en su caso, puede dejarla en blanco.

Un “**Evento**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, accidente o extravío, sin tener en cuenta si el resultado daña o no al paciente.

“**Seguridad del Paciente**” es definido como la acción de evitar y prevenir lesiones al paciente o eventos adversos que sean resultado del proceso del cuidado de salud proporcionado.

SECCIÓN A-1: SU ÁREA DE TRABAJO

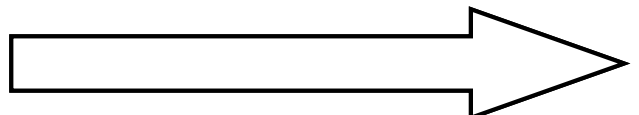
En esta encuesta piense en su área de trabajo como “la unidad”, servicio o el área del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o donde proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

1. ¿Cuál es su principal área o servicio de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Medicina (No-quirúrgica) | <input type="checkbox"/> h. Departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> b. Cirugía | <input type="checkbox"/> i. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo) |
| <input type="checkbox"/> c. Ginecología | <input type="checkbox"/> j. Nutrición |
| <input type="checkbox"/> d. Pediatría | <input type="checkbox"/> k. Salud mental / Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> e. Anestesiología | <input type="checkbox"/> l. Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> f. Farmacia | <input type="checkbox"/> m. Jefatura de área / servicio / departamento |
| <input type="checkbox"/> g. Radiología | <input type="checkbox"/> n. Oficina Administrativa. Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> o. Laboratorio | <input type="checkbox"/> o. Otro, por favor, especifique: _____ |

SECCIÓN A-2: SU ÁREA DE TRABAJO

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su AREA de trabajo, donde dedica mayor tiempo. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.



Piense en su ÁREA de trabajo del hospital.....

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Indiferente

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

1. La gente se apoya una a la otra en esta área.

₁
₂
₃
₄
₅

2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

₁
₂
₃
₄
₅

Piense en su ÁREA de trabajo del hospital.....

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Indiferente

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

3. Cuando se necesita hacer mucho trabajo rápidamente, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.

₁
₂
₃
₄
₅

4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.

₁
₂
₃
₄
₅

5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.

₁
₂
₃
₄
₅

6. Hacemos actividades para mejorar la seguridad del paciente.

₁
₂
₃
₄
₅

7. Usamos más personal de reemplazo o temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente.

₁
₂
₃
₄
₅

8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.

₁
₂
₃
₄
₅

9. Los errores han llevado a realizar cambios positivos aquí.

₁
₂
₃
₄
₅

10. Es sólo por casualidad que errores más serios no suceden aquí.

₁
₂
₃
₄
₅

11. Cuando el personal en esta unidad está realmente ocupado, otros le ayudan.

₁
₂
₃
₄
₅

12. Cuando se reporta un evento, se tiene la sensación de que se reporta a la persona y no al evento.

₁
₂
₃
₄
₅

13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes,

evaluamos si los resultados son los esperados.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

14. Trabajamos bajo presión intentando realizar demasiadas cosas muy rápidamente.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente / legajo.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

18. Nuestros procedimientos y procesos son efectivos para la prevención

de errores que puedan ocurrir.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

19. En el hospital funciona el Sistema de notificación hospitalario de eventos adversos.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

SECCIÓN B: SU JEFE (GERENTE / DIRECTOR / SUPERVISORA)

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su JEFE (gerente / director / supervisora) inmediato o persona a quien usted se reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su JEFE inmediato (gerente / director / supervisora).....

1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos de seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa acortar en forma negativa los procesos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN C: COMUNICACIONES

¿Con cuánta frecuencia ocurren las siguientes cosas en su **ÁREA** de trabajo?
Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su ÁREA de trabajo del hospital.....	Nunca	Rara vez	A veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios hechos en base a reportes de eventos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta área de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. En esta unidad debatimos formas de prevenir errores para que no ocurran nuevamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN D: FRECUENCIA DE EVENTOS REPORTADOS Y NO REPORTADOS

En su **ÁREA** de trabajo cuando los siguientes errores ocurren, ¿con qué frecuencia son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su AREA de trabajo del hospital.....	Nunca	Rara vez	A veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Cuando se reporta un evento, ¿con qué frecuencia es analizado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por favor, de a su **ÁREA** de trabajo y al **HOSPITAL** una calificación promedio de acuerdo al grado de seguridad del paciente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Pienso sobre de seguridad en.....	Excelente (Máxima Seguridad)	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Deficiente (Mínima Seguridad)

1. Por favor, dele a su ÁREA de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Por favor, dele a su HOSPITAL de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN F: SU HOSPITAL

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su HOSPITAL. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su hospital.....	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni uno, ni otro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La dirección de este hospital provee de un clima o ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Las áreas (servicios) de este hospital no coordinan bien entre sí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Piense en su hospital.....	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni uno, ni otro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
3. La información y/o objetos de los pacientes se pierden cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Se pierde a menudo información importante para el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de las unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Las unidades en este hospital trabajan bien unidos para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

En los pasados 12 meses en su **ÁREA** de trabajo, ¿cuántos reportes de eventos ha llenado y presentado? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su <u>ÁREA</u> de trabajo, en <u>los pasados 12 meses</u>.....	Ningún reporte de eventos	De 1 a 5 reportes de eventos	De 6 a 10 reportes de eventos	De 11 a 20 reportes de eventos	21 reportes de eventos o más
1. ¿Cuántos reportes de eventos ha usted llenado y enviado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN H: INFORMACIÓN GENERAL

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la encuesta. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?
 a. Menos de 1 año c. De 6 a 10 años e. De 16 a 20 b. De 1 a 5 años d. De 11 a 15 años f. 21 años o más años
2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?
 a. Menos de 1 año c. De 6 a 10 años e. De 16 a 20 b. De 1 a 5 años d. De 11 a 15 años f. 21 años o más años
3. ¿Normalmente, cuántas horas a la semana trabaja en este hospital?
 a. Menos de 10 horas c. De 21 a 40 horas e. De 61 a 80 horas
 b. De 10 a 20 horas d. De 41 a 60 horas f. 81 horas a la semana o más
4. ¿Normalmente, cuántas horas a la semana trabaja en otros hospitales u otras clínicas?
 a. Menos de 10 horas c. De 21 a 40 horas e. De 61 a 80 horas
 b. De 10 a 20 horas d. De 41 a 60 horas f. 81 horas a la semana o más
5. ¿Cuál es su profesión o cargo en este hospital? Seleccione UNA respuesta, la que mejor describa su posición laboral.
 a. Médico asistente j. Tecnólogo Médico
 b. Médico residente k. Técnico (por ejemplo, laboratorio, radiología)
 c. Enfermera l. Asistente Social
 d. Enfermera especializada m. Gerencia / Dirección
 e. Técnica de enfermería n. Jefe de servicio
 f. Obstetiz o. Jefe de departamento
 g. Químico farmacéutico p. Jefe administrativo
 h. Psicólogo q. Administración, especifique: _____
 i. Nutricionista r. Otro, por favor especifique: _____
6. En su puesto de trabajo, ¿normalmente tiene interacción o contacto directo con los pacientes?
SÍ, normalmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
 NO, normalmente no tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
7. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?
 a. Menos de 1 año c. De 3 a 5 años e. De 11 a 20 años
 b. De 1 a 3 años d. De 6 a 10 años f. 21 años o más

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

Por favor, siéntase libre de escribir cualquier comentario sobre la seguridad del paciente, error o reporte de eventos en su hospital.

Gracias por completar este cuestionario.



Encuesta Clínica sobre Seguridad del Paciente

INSTRUCCIONES

Esta encuesta le pide su opinión sobre algunos temas de seguridad del paciente, errores médicos y reporte de eventos en su hospital, y le tomará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si no desea responder una pregunta, o si ésta no se aplica en su caso, puede dejarla en blanco.

Un “**Evento**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, accidente o extravío, sin tener en cuenta si el resultado daña o no al paciente.

“**Seguridad del Paciente**” es definido como la acción de evitar y prevenir lesiones al paciente o eventos adversos que sean resultado del proceso del cuidado de salud proporcionado.

SECCIÓN A-1: SU ÁREA DE TRABAJO

En esta encuesta piense en su área de trabajo como “la unidad”, servicio o el área del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o donde proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

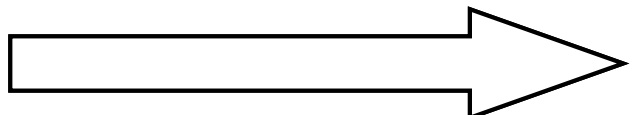
1. ¿Cuál es su principal área o servicio de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Medicina (No-quirúrgica) | <input type="checkbox"/> h. Departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> b. Cirugía | <input type="checkbox"/> i. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo) |
| <input type="checkbox"/> c. Ginecología | <input type="checkbox"/> j. Nutrición |
| <input type="checkbox"/> d. Pediatría | <input type="checkbox"/> k. Salud mental / Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> e. Anestesiología | <input type="checkbox"/> l. Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> f. Farmacia | <input type="checkbox"/> m. Jefatura de área / servicio / departamento |
| <input type="checkbox"/> g. Radiología | <input type="checkbox"/> n. Oficina Administrativa. Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> o. Laboratorio | <input type="checkbox"/> o. Otro, por favor, especifique: _____ |

SECCIÓN A-2: SU ÁREA DE TRABAJO

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su AREA de trabajo, donde dedica mayor tiempo. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su ÁREA de trabajo de su clínica	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--	---	--------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------------------



1. La gente se apoya una a la otra en esta área. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Piense en su ÁREA de trabajo de clínica..... **Totalmente en desacuerdo** **En desacuerdo** **Indiferente** **De acuerdo** **Totalmente de acuerdo**

3. Cuando se necesita hacer mucho trabajo rápidamente, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

4. En esta unidad, el personal se trata con respeto. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

6. Hacemos actividades para mejorar la seguridad del paciente. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

7. Usamos más personal de reemplazo o temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

9. Los errores han llevado a realizar cambios positivos aquí. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

10. Es sólo por casualidad que errores más serios no suceden aquí. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

11. Cuando el personal en esta unidad está realmente ocupado, otros le ayudan. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

12. Cuando se reporta un evento, se tiene la sensación de que se reporta a la persona y no al evento. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes,

evaluamos si los resultados son los esperados.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

14. Trabajamos bajo presión intentando realizar demasiadas cosas muy rápidamente.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente / legajo.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

18. Nuestros procedimientos y procesos son

efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

19. En la clínica funciona el Sistema de notificación hospitalario de eventos adversos.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

SECCIÓN B: SU JEFE (GERENTE / DIRECTOR / SUPERVISORA)

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su JEFE (gerente / director / supervisora) inmediato o persona a quien usted se reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su JEFE inmediato (gerente / director / supervisora).....

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve					

un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos de seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa acortar en forma negativa los procesos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN C: COMUNICACIONES

¿Con cuánta frecuencia ocurren las siguientes cosas en su ÁREA de trabajo?
Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su ÁREA de trabajo en la clínica.....	Nunca	Rara vez	A veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios hechos en base a reportes de eventos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta área de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. En esta unidad debatimos formas de prevenir errores para que no ocurran nuevamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN D: FRECUENCIA DE EVENTOS REPORTADOS Y NO REPORTADOS

En su ÁREA de trabajo cuando los siguientes errores ocurren, ¿con qué frecuencia son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su AREA de trabajo en la clínica	Nunca	Rara vez	A veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Cuando se reporta un evento, ¿con qué frecuencia es analizado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por favor, de a su ÁREA de trabajo y la CLÍNICA una calificación promedio de acuerdo al grado de seguridad del paciente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Pienso sobre de seguridad en.....	Excelente (Máxima Seguridad)	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Deficiente (Mínima Seguridad)
--	-------------------------------------	------------------	------------------	--------------	--------------------------------------

1. Por favor, dele a su ÁREA de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Por favor, dele a su CLÍNICA de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN F: SU CLÍNICA

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su CLÍNICA. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en la clínica.....	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni uno, ni otro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La dirección de este hospital provee de un clima o ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Las áreas (servicios) de esta clínica no coordinan bien entre sí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Piense en su clínica.....	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni uno, ni otro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
3. La información y/o objetos de los pacientes se pierden cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Se pierde a menudo información importante					

para el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de las unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Las unidades en este hospital trabajan bien unidos para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN G: NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

En los pasados 12 meses en su **ÁREA** de trabajo, ¿cuántos reportes de eventos ha llenado y presentado? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su <u>ÁREA</u> de trabajo, en los pasados 12 meses....	Ningún reporte de eventos	De 1 a 5 reportes de eventos	De 6 a 10 reportes de eventos	De 11 a 20 reportes de eventos	21 reportes de eventos o más
1. ¿Cuántos reportes de eventos ha usted llenado y enviado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN H: INFORMACIÓN GENERAL

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la encuesta. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

8. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta clínica?

- a. Menos de 1 año c. De 6 a 10 años e. De 16 a 20 años b. De 1 a 5 años d. De 11 a 15 años f. 21 años o más años

9. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?

- a. Menos de 1 año c. De 6 a 10 años e. De 16 a 20 años b. De 1 a 5 años d. De 11 a 15 años f. 21 años o más años

10. ¿Normalmente, cuántas horas a la semana trabaja en esta clínica?

- a. Menos de 10 horas c. De 21 a 40 horas e. De 61 a 80 horas
 b. De 10 a 20 horas d. De 41 a 60 horas f. 81 horas a la semana o más

11. ¿Normalmente, cuántas horas a la semana trabaja en otros hospitales u otras clínicas?

- a. Menos de 10 horas c. De 21 a 40 horas e. De 61 a 80 horas
 b. De 10 a 20 horas d. De 41 a 60 horas f. 81 horas a la semana o más

12. ¿Cuál es su profesión o cargo en este hospital? Seleccione UNA respuesta, la que mejor describa su posición laboral.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Médico asistente | <input type="checkbox"/> j. Tecnólogo Médico |
| <input type="checkbox"/> b. Médico residente | <input type="checkbox"/> k. Técnico (por ejemplo, laboratorio, radiología) |
| <input type="checkbox"/> c. Enfermera | <input type="checkbox"/> l. Asistente Social |
| <input type="checkbox"/> d. Enfermera especializada | <input type="checkbox"/> m. Gerencia / Dirección |
| <input type="checkbox"/> e. Técnica de enfermería | <input type="checkbox"/> n. Jefe de servicio |
| <input type="checkbox"/> f. Obstetrix | <input type="checkbox"/> o. Jefe de departamento |
| <input type="checkbox"/> g. Químico farmacéutico | <input type="checkbox"/> p. Jefe administrativo |
| <input type="checkbox"/> h. Psicólogo | <input type="checkbox"/> q. Administración, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> i. Nutricionista | <input type="checkbox"/> r. Otro, por favor especifique: _____ |

13. En su puesto de trabajo, ¿normalmente tiene interacción o contacto directo con los pacientes?

- SÍ, normalmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
 NO, normalmente no tengo interacción o contacto directo con los pacientes.

14. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

- a. Menos de 1 año c. De 3 a 5 años e. De 11 a 20 años
 b. De 1 a 3 años d. De 6 a 10 años f. 21 años o más

SECCIÓN I: SUS COMENTARIOS

Por favor, siéntase libre de escribir cualquier comentario sobre la seguridad del paciente, error o reporte de eventos en su clínica.



Gracias por completar este cuestionario.

Anexo 5. PERMISOS



San Borja, 28 de mayo de 2018

Señores

Unidad de Posgrado
Escuela Profesional de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional del Callao
Presente.-

Por la presente hago constar que el proyecto de investigación titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y LA CLÍNICA SANTA ISABEL, LIMA – 2018", ha sido revisado, evaluado y aprobado por nuestro comité de Ética. Por consiguiente, se autoriza la aplicación y recolección de datos en el área de Centro Quirúrgico de esta clínica, con fines estrictamente relacionados a este proyecto de investigación en un plazo no mayor de 30 días calendario, efectivos a partir de la fecha de emisión de la presente carta de aceptación.

Se ha consignado a la Lic. Nataly Membrillo Pillpe, como la persona encargada de aplicar y recolectar datos de las Enfermeras de Centro Quirúrgico de esta clínica ya que nos reservamos el derecho de confidencialidad.

Adicionalmente, comprometemos a las autoras de presente proyecto a facilitar los resultados de esta investigación a nuestra institución.

Sin otro particular.

Atte.

CLÍNICA SANTA ISABEL S.A.S.

MIGUEL RAMÍREZ R.
Gerente General Adjunto
del OSISAO

Ing. Miguel Ramírez
Gerente General Adjunto
Miembro del Comité de Ética
CLÍNICA SANTA ISABEL S.A.C.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD
DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL"
Puente Piedra 21 de Mayo del 2018

Señores:

**Unidad de Posgrado
Escuela Profesional de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional del Callao**

Presente:

Por la presente hago constar que el proyecto de investigación titulada **"CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y LA CLÍNICA SANTA ISABEL , LIMA - 2108"** Ha sido revisado , evaluado y aprobado por nuestro comité de Ética, por consiguiente se autoriza la aplicación del instrumento para la recolección de datos en el área de Centro Quirúrgico de este Hospital, con fines estrictamente relacionados a este proyecto de investigación en un plazo no mayor de 30 días calendarios, efectivos a partir de la fecha de emisión de la presente carta de aceptación .

Se ha consignado a la Lic. Dailú Alvaro Cabeza y la Lic. Ada Vilcapuma Gallegos, como las personas encargadas de aplicar el instrumento de la encuesta para la recolección de datos de las Enfermeras de Centro Quirúrgico de este Hospital ya que nos reservamos el derecho de confidencialidad.

Adicionalmente comprometemos a las autoras del presente proyecto a facilitar los resultados de esta investigación a nuestra institución.

Sin otro particular me despido.

Atte



Rosario Miraval Contreras
Mg. Rosario Miraval Contreras
Jefa del Departamento de Enfermería
Miembro del Comité de Ética de la
Unidad de Docencia e Investigación
Hospital Carlos LanFranco la hoz

Anexo 6. DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

- CLÍNICA

Edad			
		N°	%
Válidos	25 a 30 años	6	40
	31 a 40 años	7	46,7
	41 a 50 años	1	6,7
	50 años a más	1	6,7
	Total	15	100,0

SEXO			
		N°	%
	Femenino	15	100,0

Profesión			
		N°	%
Válidos	Enfermera	2	13,3
	Enfermera especialista	13	86,7
	Total	15	100,0

- **HOSPITAL**

Edad			
		N°	%
Válidos	25 a 30 años	10	41,7
	31 a 40 años	8	33,3
	41 a 50 años	4	16,7
	50 años a más	2	8,3
	Total	24	100,0

SEXO			
		N°	%
	Femenino	22	91,7
	...	2	8,3

Profesión			
		N°	%
Válidos	Enfermera	9	37,5
	Enfermera especialista	15	62,5
	Total	24	100,0

Anexo 7. MATRIZ DE DATOS

N°	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7	a8	a9	a10	a11	a12	a13	a14	a15	a16	a17	a18	a19	b1	b2	b3	b4	c1	c2	c3	c4	c5	c6	d1	d2	d3	d4	e1	e2	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f8	f9	f10	f11	g1			
1	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	5	5	4	3	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
2	4	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	3	4	2	4	4	2	5	4	2	5	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	5	4	5	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	1	5	5	4	4	4	1	5	5	3	5	5	3	4	5	5	3	3	3	4	5	2	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	1		
4	5	4	4	4	1	5	2	4	5	5	3	5	5	2	5	2	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	4	5	3	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	2		
5	5	4	5	5	5	5	3	4	5	2	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	1	
6	4	2	4	5	2	4	2	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	2	5	5	1	4	2	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	1	
7	4	4	4	5	2	5	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	
8	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	1	3	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	1	
9	4	4	4	5	4	5	4	3	5	2	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	1	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	2		
10	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	2	5	4	2	5	4	4	4	4	2	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2		
11	4	2	4	4	2	5	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	5	3	4	4	4	5	4	4	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	1		
12	1	1	1	1	4	1	5	4	2	4	1	4	1	5	2	4	4	1	1	1	1	2	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	4	5	2		
13	4	5	4	5	4	5	2	1	4	2	2	4	4	4	2	4	5	4	4	5	4	2	5	3	4	2	3	1	5	1	1	1	4	4	4	5	4	2	3	5	3	3	5	5	4	3	1			
14	4	2	4	4	3	5	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	3	5	5	5	3	5	4	2	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1			
15	5	4	5	5	4	5	2	2	4	3	5	4	5	4	5	2	5	4	5	5	5	2	5	5	3	5	2	5	1	5	4	5	5	3	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	1			
16	4	2	2	5	5	4	2	2	5	2	5	5	5	5	1	3	5	5	5	1	1	5	5	2	3	5	4	1	1	5	5	5	4	5	3	5	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
17	5	5	3	5	2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	4	3	1	5	4	5	1	3	5	3	3	3	3	5	5	5	5	4	4	3	5	1	1	1	1	2	2	2	2	4	1			
18	4	4	5	5	2	5	4	3	4	2	5	4	5	1	4	2	1	5	5	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3	5	2	1	2	
19	4	4	2	5	5	5	2	2	5	2	5	5	5	5	1	3	5	5	5	1	1	5	5	2	3	5	4	1	1	5	5	5	4	5	3	5	4	3	4	2	2	2	2	4	2	4	2	2		
20	2	2	4	3	2	4	1	1	4	4	3	4	3	4	5	4	4	5	3	3	3	4	2	3	4	4	2	4	4	3	2	4	2	3	3	3	2	1	4	4	1	2	4	4	4	3	1			
21	5	5	3	4	5	5	5	3	5	4	5	2	5	2	5	2	1	5	5	5	5	2	1	5	5	5	5	5	1	5	5	2	3	1	1	5	1	3	5	1	1	1	5	5	3	3	2			
22	4	5	4	3	4	2	1	5	1	4	3	4	4	4	2	5	2	3	4	1	2	5	5	2	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	3	3	3	4	2	3	4	4	3	3	4	1				
23	4	2	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	5	3	4	3	4	3	1	3	4	3	4	3	4	3	2	3	2	2	4	2	2	4	2	3	3	5	2	4	1				
24	4	4	4	5	4	5	4	3	3	4	4	4	5	4	1	4	5	2	4	4	4	4	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	3	3	2	5	4	5	2	1		
25	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	4	4	5	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	3	2	4	3	3	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	2	1		
26	4	4	4	4	5	5	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	2	2	4	3	4	2	1		
27	5	4	4	5	4	4	4	3	2	4	2	4	4	4	4	4	5	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	2	3	3	2	3	4	4	4	2	1			
28	3	2	2	2	3	2	4	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	5	2	2	4	3	3	2	2	1	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	2	2	1	
29	4	5	5	3	2	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	3	4	4	3	2	3	2	5	3	5	3	4	5	5	4	3	3	4	2	2	3	2	2	2	4	1	4	1	3			
30	4	3	4	5	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	2	2	2	4	3	4	4	2	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	4	3	3	4	2	4	4	3	3	4	4	2	4	3	1			
31	5	2	5	5	5	5	3	4	5	5	4	2	5	4	4	5	2	4	5	5	5	1	5	3	5	5	2	5	5	5	5	3	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2			
32	4	2	4	3	2	4	4	2	4	4	2	3	4	2	4	4	2	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	3	3	4	4	3	3	4	2	3	2	3	2	2	5	3	4	2	3	2	1			
33	4	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	2	3	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2			
34	4	4	2	4	4	4	5	4	5	5	3	1	4	1	5	1	2	4	5	4	4	1	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	3	3	4	2	4	4	2	5	1	4	2	4	4	2			
35	4	4	2	4	4	4	5	4	5	1	3	1	4	1	5	1	2	4	5	4	1	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	3	3	4	2	5	4	2	4	2	5	2	4	1	2				
36	4	3	4	4	1	5	1	3	4	2	4	4	4	2	4	3	4	4	5	5	5	2	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	2	4	4	5	4	4	3	3	5	1	5	4	2			
37	3	4	4	4	4	5	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2	4	5	4	3	2	5	5	5	5	5	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	2	4	2			
38	5	4	5	5	5	4	5	5	4	2	5	4	4	5	2	4	4	4	5	4	4	2	5	2	4	4	3	4	5	2	3	3	3	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	1	4	5	2			
39	4	4	3	4	4	4	5	4	4	2	3	2	4	1	3	2	2	4	5	2	2	5	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1		

Anexo 8. CONSOLIDADO SEGÚN RESULTADOS POSITIVOS, NEUTROS Y NEGATIVOS

- CLÍNICA**

DIMENSIÓN	PORCENTAJE % (Positivo)	PORCENTAJE % (Neutro)	PORCENTAJE % (Negativo)
1.Trabajo en equipo dentro del área o servicio	93,3	0,0	6,7
2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.	93,3	0,0	6,7
3.Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas	93,3	0,0	6,7
4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.	86,7	13,3	0,0
5.Percepciones generales de la seguridad del paciente	86,7	13,3	0,0
6. Comunicación e información sobre errores	93,3	0,0	6,7
7. Grado al que la comunicación es abierta	80,0	6,7	13,3
8. Frecuencia de incidentes reportados	80,0	13,3	6,7
9.Trabajo en equipo a través de las unidades	100,0	0,0	0,0
10. Dotación de personal	46,7	46,7	6,7
11. Transferencias y transiciones	93,3	6,7	0,0
12. Respuesta no punitiva a errores	66,7	33,3	0,0

- HOSPITAL**

DIMENSIÓN	PORCENTAJE % (Positivo)	PORCENTAJE % (Neutro)	PORCENTAJE % (Negativo)
1.Trabajo en equipo dentro del área o servicio	75,00	20,8	4,2
2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.	50,0	45,8	0,0
3.Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas	91,7	8,3	0,0
4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.	70,8	29,2	0,0
5.Percepciones generales de la seguridad del paciente	54,2	45,8	0,0
6. Comunicación e información sobre errores	54,2	45,8	0,0
7. Grado al que la comunicación es abierta	66,7	25,0	8,3
8. Frecuencia de incidentes reportados	54,2	41,7	4,2
9.Trabajo en equipo a través de las unidades	37,5	50,0	12,5
10. Dotación de personal	62,5	29,2	8,3
11. Transferencias y transiciones	29,2	29,2	41,7
12. Respuesta no punitiva a errores	66,7	29,2	4,2

- GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CLÍNICA

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
	Muy bueno	11	73,3
Válidos	Excelente (máxima seguridad)	4	26,7
	Total	15	100,0

HOSPITAL

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
	Deficiente (mínima seguridad)	1	4,2
	Pobre	3	12,5
Válidos	Aceptable	12	50,0
	Muy bueno	8	33,3
	Total	24	100,0

- CANTIDAD DE EVENTOS REPORTADOS**

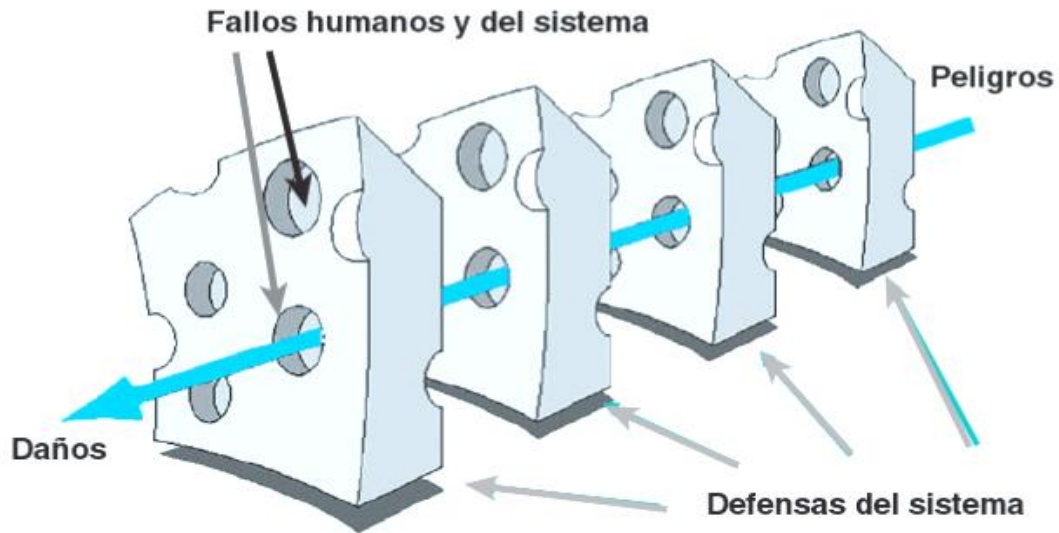
CLÍNICA

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
	Ningún reporte de eventos	10	66,7
Válidos	De 1 a 5 reportes de eventos	5	33,3
	Total	15	100,0

HOSPITAL

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
	Ningún reporte de eventos	13	54,2
Válidos	De 1 a 5 reportes de eventos	10	41,7
	De 6 a 10 reportes de eventos	1	4,2
	Total	24	100,0

Anexo 9. MODELO DEL QUESO SUIZO



FUENTE: Reason J. Human error; models and management. *BMJ* 200; 320:769.

Anexo 10. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS – NHS

Nº	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS - NHS
1	Construir una cultura de seguridad
2	Liderazgo del equipo de personas
3	Integrar las tareas de gestión de riesgos
4	Promover que se informe
5	Involucrar y comunicarse con los pacientes y el público
6	Aprender y compartir lecciones de seguridad
7	Implementar soluciones para prevenir daños

Anexo 11. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD Y LOS ÍTEMS QUE INCLUYEN.

DIMENSIONES	PREGUNTAS
<p>1. Trabajo en equipo dentro del área o servicio</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>A1. La gente se apoya una a la otra en esta área</p> <p>A3. Cuando se necesita hacer mucho trabajo rápidamente, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.</p> <p>A4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.</p> <p>A11. Cuando el personal en esta unidad está realmente ocupado, otros le ayudan.</p>
<p>2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>B1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos de seguridad del paciente.</p> <p>B2. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.</p> <p>B3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa acortar en forma negativa los procesos. (Redactado negativamente)</p> <p>B4. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad de los pacientes que ocurren una y otra vez. (Redactado negativamente)</p>

<p>3. Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>A6. Hacemos actividades para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>A9. Los errores han llevado a realizar cambios positivos aquí.</p> <p>A13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos si los resultados son los esperados.</p>
<p>4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, ni uno ni otro, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>F1. La dirección de este Hospital/Clínica provee de un clima o ambiente laboral que favorece la seguridad del paciente</p> <p>F8. Las acciones de la Dirección de este Hospital/Clínica muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.</p> <p>F9. La Dirección de la Hospital/Clínica parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso. (Redactado negativamente)</p>
<p>5. Percepciones generales de la seguridad del paciente</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>A15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.</p> <p>A18. Nuestros procedimientos y procesos son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.</p> <p>A10. Es sólo por casualidad que errores más serios no suceden aquí. (Redactado negativamente)</p>

	A17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (Redactado negativamente)
6. Comunicación e información sobre errores (Nunca, Rara vez, A veces, La mayor parte del tiempo, Siempre)	C1. Se nos informa sobre los cambios hechos en base a reportes de eventos. C3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta área de trabajo. C5. En esta unidad debatimos formas de prevenir errores para que no ocurran nuevamente.
7. Grado al que la comunicación es abierta (Nunca, Rara vez, A veces, La mayor parte del tiempo, Siempre)	C2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. C4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. C6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (Redactado negativamente)
8. Frecuencia de incidentes reportados (Nunca, Rara vez, A veces, La mayor parte del tiempo, Siempre)	D1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es reportado? D2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado? D3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?

<p>9. Trabajo en equipo a través de las unidades</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, ni uno ni otro, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>F4. Hay buena cooperación entre las unidades del Hospital/Clínica que necesitan trabajar juntas.</p> <p>F10. Las unidades en esta Hospital/Clínica trabajan bien unidos para proveer el mejor cuidado a los pacientes.</p> <p>F2. Las áreas (servicios) de este Hospital/Clínica no coordinan bien entre sí. (Redactado negativamente)</p> <p>F6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p>
<p>10. Dotación de personal</p> <p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>A2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.</p> <p>A5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (Redactado negativamente)</p> <p>A7. Usamos más personal de reemplazo o temporal de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (Redactado negativamente)</p> <p>A14. Trabajamos bajo presión intentando realizar demasiadas cosas muy rápidamente. (Redactado negativamente)</p>
<p>11. Transferencias y transiciones</p>	<p>F3. La información y/o objetos de los pacientes se pierden cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (Redactado negativamente)</p>

<p>(Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, ni uno ni otro, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>F5. Se pierde a menudo información importante para el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno. (Redactado negativamente)</p> <p>F7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de las unidades en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p> <p>F11. Los cambios de turnos generan problemas para los pacientes en este Hospital/Clínica. (Redactado negativamente)</p>
<p>12. Respuesta no punitiva a errores (Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)</p>	<p>A8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (Redactado negativamente)</p> <p>A12. Cuando se reporta un evento, se tiene la sensación de que se reporta a la persona y no al evento. (Redactado negativamente)</p> <p>A16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (Redactado negativamente)</p> <p>A19. 1. En la clínica funciona el Sistema de notificación clínica de eventos adversos / 2. En el hospital funciona el Sistema de notificación hospitalario de eventos adversos.</p>

Anexo 12. ÍTEMS FORMULADOS NEGATIVAMENTE EN EL CUESTIONARIO.

Dimensión	Ítem
1.Trabajo en equipo dentro del área o servicio	Ninguno
2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.	B3 y B4
3.Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas	Ninguno
4. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.	F9
5.Percepciones generales de la seguridad del paciente	A10 y A17
6. Comunicación e información sobre errores	Ninguno
7. Grado al que la comunicación es abierta	C6
8. Frecuencia de incidentes reportados	Ninguno
9.Trabajo en equipo a través de las unidades	F2 y F6
10. Dotación de personal	A5, A7 y A14
11. Transferencias y transiciones	F3, F5, F7 y F11
12. Respuesta no punitiva a errores	A8, A12, A16 y A19