

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
CENTRO DE SALUD SAN CAMILO DE LELLIS DE CHUQUIBAMBILLA - 2022**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

FLORA LAGOS ORTIZ

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- MG. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO VOCAL

ASESORA: MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 280 – 2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

14 de diciembre del 2022

Resolución de Sustentación:

Nº 099-2021-CU de fecha 30 de junio de 2021

DEDICATORIA

A mi Dios quien me dio la fé, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo académico.

A mis padres Gregorio y Alejandrina quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades.

A mis hermanos por sus palabras y su compañía, a mí esposo e hijo por su confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, a mis amigos, compañeros, y a todas aquellas personas de una u otra manera ha contribuido para el logro de mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los facultativos, médicos, enfermeras, Tec. en enfermería y obstetras el apoyo y asesoramiento de este trabajo académico tan interesante como es el servicio de emergencias.

Muchas fueron las personas que en forma directa o indirecta y aun sin saberlo me ayudaron ya sea poniendo a mi disposición el valor incalculable de sus conocimientos, compartiendo mis dudas y ansiedades o apoyándome impulsándome para que siguiese adelante.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
CAPÍTULO II 9 MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes del Estudio	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales	9
2.1.2 Antecedentes Nacionales	13
2.2 Base Teórica	16
2.2.1 Florence Nightingale 21	
2.2.2 El Juramento de Florence Nightingale	16
2.3 Base Conceptual	17
2.3.1 Seguridad del Paciente	17
2.3.2 Seguridad del paciente hospitalizado	17
2.3.3 Carga mundial 23	
2.3.4 Carga de daños	19
2.3.5 Mayor conocimiento y mejor uso para una atención más segura.	21
2.3.6 Diferentes tipos de investigaciones para mejorar la seguridad.	22
2.3.7 La Seguridad del Paciente: “no hacer daño”	22
2.3.8 La Seguridad en el contexto de la Atención Primaria	22
2.3.9 Eventos adversos más frecuentes en enfermería	24
2.3.10 Deberes de enfermería frente al Evento Adverso	25
□ Prevenir el riesgo	25
2.3.11 La Gestación de Riesgo de 30	

CAPÍTULO III.	26
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD SAN CAMILO DE LELLIS DE CHUQUIBAMBILLA	26
3.1. JUSTIFICACIÓN	26
3.2. OBJETIVOS	27
3.2.1 OBJETIVO GENERAL	27
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3.3. Metas	27
Lograr que el 100% de pacientes que acuden al Centro de salud San Camilo de Lellis de chuquibambilla se sientan seguros a recibir atención por servicio de emergencia.	27
3.4. Programación de actividades	28
3.5. Recursos	30
3.5.1 Recursos Materiales	30
3.6. Ejecución	31
3.7. Evaluación	31
3.8. Conclusiones	31
3.9. Recomendaciones.	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXO	37

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias y emergencias son áreas asistenciales críticas de constantes movimientos que aumentan las atenciones que brinda el personal de salud y en especial licenciadas especialistas de emergencia donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, que afectan, por tanto, a la seguridad del paciente en todas las etapas de vida.

El Ministerio de Salud define la seguridad del paciente como la ausencia o lesiones prevenibles durante el desarrollo de la atención en salud y tiene cuatro metas importantes: la identificación de los errores cometidos en nuestro actuar, el atenuar sus efectos, el aprender de los errores cometidos, y la prevención de futuros eventos nocivos como consecuencia de los errores.

Los establecimientos de salud categorizados como I-4 de acuerdo a su demanda y a la accesibilidad de la población a servicios de mayor complejidad, podrán contar con un área funcional de atención de emergencia. La emergencia debe contar con el equipamiento necesario que permita la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y la estabilización del paciente.

El presente trabajo de académico titulado “Intervención de enfermería para la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Centro de Salud Chuquibambilla-2022, tiene por finalidad describir las intervenciones del profesional de Enfermería para la seguridad del paciente en el servicio de emergencia, que se enfocará a la difusión de la cultura de seguridad, se efectuará capacitación sobre seguridad del paciente a los profesionales, el análisis de los incidentes con o sin daño en los casos de urgencias y emergencias y el desarrollo de herramientas proactivas para la detección de riesgos durante la atención urgente. Como producto nos permitirá conocer tanto la incidencia de sucesos adversos en dicho servicio, sus causas y evitabilidad, como el grado de seguridad y cultura de las organizaciones; y finalmente se elaborará un mapa de riesgos de la atención urgente. sino

recomendar y desarrollar estrategias específicas enfocadas a la reducción de riesgos al paciente.

La seguridad del paciente, es el resultado de la aplicación de un conjunto de valores y normas comunes entre los individuos, que se encuentran en la misma organización implicando a la seguridad como un objetivo común que busca el compromiso con el paciente para lograr su completo bienestar, imprescindible en el servicio de urgencia y emergencias.

La seguridad del paciente es la aplicación de un conjunto de normas, procedimientos e intervenciones destinados a minimizar daños sobre agregados, que incluye medidas que garanticen prácticas seguras en los cuidados e intervenciones de enfermería.(1)

El Centro de Salud San Camilo de Lellis de Chuquibambilla es un establecimiento de salud de categoría I-4 de la Red de Salud Grau, ubicado en el Distrito de Chuquibambilla de la Provincia de Grau de la Región Apurímac,

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realiza un Plan de Intervención para la prevención de incidentes y eventos adversos, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que será ejecutado durante el año 2022 y serán elaborados por la autora y los profesionales de salud que laboran en el servicio de emergencia y será presentado a la Jefatura del Centro de salud en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el resultante aumento de los daños a los pacientes en los centros de salud. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.(2)

Carga global del daño al paciente en la atención de la salud se estima que cada año se pierden 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad a causa de la atención a nivel mundial. Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles. Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes. En otro estudio se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte (conocidos como años de vida ajustados en

función de la discapacidad, se producen en países de ingresos bajos y medios. A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos.(3)

Joaquín Bañeres realizó un estudio en la comunidad autónoma de Catalunya (España). de cohortes retrospectivo de 4.790 altas hospitalarias que fueron elegidas por muestreo aleatorio simple tras un muestreo polietápico estratificado en 15 hospitales de Catalunya. Un 38,25% de los pacientes presentó criterios positivos de riesgo (fase de cribado). Se identificaron 356 casos de eventos adversos, lo que representa un 7,4%. De estos, el 43,5% (155 casos) se consideraron prevenibles. Este estudio confirma que los eventos adversos en hospitales de Catalunya son frecuentes y generan un impacto considerable en morbimortalidad.(4)

Monteserrat Gens Barbera realizó una investigación Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona-España, estudio descriptivo analítico comparando los incidentes notificados, durante el período que abarca el estudio (01-marzo-2019 al 28-febrero-2021) hubo un total de 2.231 notificaciones en el sistema de registro de incidentes de seguridad del paciente. En su mayoría se notificaron en el período pre-COVID-19 (del 01 de marzo de 2019 al 28 de febrero de 2020): 1.787 incidentes de seguridad del paciente (80,1%), frente a 444 (19,9%) del período de pandemia COVID-19 estudiado (del 1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021). Tras el inicio de la pandemia, en comparación con el período pre-COVID-19, se observa un incremento del porcentaje de incidentes notificados por profesionales sanitarios, tanto enfermeras (46,8 vs. 36,5%; $p < 0,01$) como médicos (34,9 vs. 29,9%; $p = 0,05$), y una disminución por parte del personal administrativo (12,4 vs. 24,5%; $p < 0,01$). Estas diferencias no resultaron significativas al considerar los eventos adversos: enfermeras (46,5 vs. 37,8%; $p = 0,10$), médicos (45,6 vs. 47,9%; $p = 0,63$) y administrativos (5,3 vs. 7,3%; $p = 0,47$). (5)

Se evaluó el cumplimiento de las buenas prácticas seguras en el Instituto Nacional Materno Perinatal del servicio de emergencia en el año 2020 con el 65%, al evaluar

la implementación de las acciones correctivas planteadas el servicio con el menor porcentaje de implementación es el servicio de emergencia con un 22% y porcentaje de incumplimiento de buenas prácticas seguras evaluadas con 35%.(6)

Se tiene que reconocer la seguridad del paciente no puede garantizarse sin acceso a infraestructuras, tecnologías y dispositivos médicos seguros, sin su uso seguro por parte de los pacientes, que deben estar bien informados, y sin personal sanitario cualificado y comprometido en un entorno propicio y seguro; Observando que la seguridad del paciente se basa en una educación y formación básica y continua de calidad de los profesionales de la salud que garantiza que tengan las aptitudes y competencias profesionales adecuadas en sus respectivos cometidos y funciones; Reconociendo que el acceso a medicamentos y otros productos básicos seguros, eficaces, asequibles y de calidad y su correcta administración y uso también contribuyen a la seguridad del paciente; Observando además la importancia de la higiene para la seguridad del paciente y la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y para la reducción de la resistencia a los antimicrobianos; Observando que garantizar la seguridad del paciente es una prioridad clave en la prestación de servicios de salud de calidad y considerando que todas las personas deben recibir servicios de salud seguros, independientemente del lugar donde se presten; Reafirmando el principio de «ante todo no hacer daño» y reconociendo los beneficios que pueden obtenerse y la necesidad de promover y mejorar la seguridad del paciente en el conjunto del sistema sanitario en todos los niveles, sectores y entornos pertinentes para la salud física y mental, especialmente en el nivel de la atención primaria de la salud, pero también, por ejemplo, en la atención de urgencia, la atención comunitaria, la rehabilitación y la atención ambulatoria;(7)

Florence Nightingale dijo “La enfermería es un arte, requiere una dedicación exclusiva tan dura como la de cualquier pintor o escultor.” Dentro de la actividad de la enfermería no son pocas las ocasiones en las que el paciente está expuesto al riesgo de sufrir daños, hay muchos factores que intervienen en ello, ya que más que una ciencia, curar es un arte, lo que implica la falta de certeza respecto de los resultados esperados. La mayor garantía que le puedes dar a tus pacientes es tratar

de hacer todo lo que está a tu alcance para evitar que se materialice un riesgo asociado a la atención en salud, no en vano, la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria a nivel mundial.

La labor de enfermería tiene un valor fundamental en el proceso de atención en salud, son las y los enfermeros, las personas que están más cercanas al paciente en momentos en los que este se encuentra vulnerable, son quienes suministran los cuidados, quienes velan porque se cumplan las órdenes médicas.

El Ministerio de Salud y Protección Social define el evento adverso como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.” (8)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

MELLA M., GEA T., ARANAZ J., RAMOS G., COMPAÑ A., (2021) en su estudio “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario” **España** Tuvo como Objetivo Determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en un hospital universitario. **Metodología** Estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al español. Obtuvieron como **Resultados** la tasa de respuesta fue del 35,36%. El colectivo con mayor participación fue el médico (32,3%), y el servicio más implicado, el de urgencias (9%). El 86,4% tuvo contacto con el paciente. El 50% de los/las trabajadores/as calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8% no notificó ningún evento adverso en el último año. Los profesionales con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos, y los que tuvieron peor cultura, los celadores. No se identificó ninguna fortaleza de manera global. Hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: la 9 (dotación de personal) y la 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente). Llegaron a las siguientes **Conclusiones**: La percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable. No se han identificado fortalezas. Las debilidades identificadas son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad.(9)

LIMA P., TELES M., LIMA B., VIEIRA B., (2020) en su estudio “Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública” **BRASIL**. Tuvo como **Objetivo** evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de enfermería en un hospital público de maternidad. **Metodología** Estudio transversal realizado en un hospital público de maternidad con 69 profesionales de enfermería, de junio a agosto de 2017, aplicando el cuestionario de la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente. Obtuvieron como **Resultados:** El promedio de puntajes positivos varió de 33.0% a 69.6%, y las mejores evaluaciones fueron en las dimensiones: aprendizaje organizacional, trabajo en equipo entre unidades y respuestas no punitivas al error. Las evaluaciones más frágiles incluyen: transferencias internas y cambio de turno, además de la frecuencia de los eventos informados. Llegaron a las siguientes **Conclusiones:** El estudio señaló una cultura de seguridad débil en todas las áreas. Por lo tanto, destaca la importancia de planificar estrategias específicas para lograr una cultura de seguridad de calidad para el binomio madre / hijo.(10)

AIBAR C., BARRASA I., MOLINER J., (2019) en su estudio “Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo” **España** Tuvo como **Objetivo** Valorar diferencias entre necesidad e implementación de prácticas seguras recomendadas para la seguridad del paciente y utilidad del uso de señales de tráfico para promover su implementación. **Metodología** El estudio constó de dos fases: 1) revisión de recomendaciones sobre prácticas seguras de diferentes organizaciones y 2) encuesta a una muestra de oportunidad de profesionales del ámbito asistencial, organizativo y académico de la seguridad del paciente de España y Latinoamérica para evaluar necesidad y la implementación percibida de las prácticas seguras y la utilidad de las señales para tal fin. Obtuvieron como **Resultados** se

recibieron 365 cuestionarios. Todas las prácticas seguras identificadas fueron valoradas como necesarias (media y límite inferior del intervalo de confianza por encima de 3 sobre 5 puntos). Sin embargo, la implementación se valoró como insuficiente en seis de ellas: escritura ilegible, conciliación de medicación, estandarización de comunicación, sistemas de alerta rápida, aplicación de procedimientos por profesionales o equipos entrenados, y cumplimiento de voluntades del paciente al final de la vida. Mejorar cumplimiento de la higiene de manos, aplicación de precauciones de barrera, asegurar la identificación correcta de los pacientes y utilizar listados de verificación fueron las cuatro prácticas en las que más del 75% de los encuestados encuentran mayor grado de consenso sobre la utilidad de las señales de tráfico para mejorar su implementación. Llegaron a las siguientes **Conclusiones** Las diferencias entre necesidad percibida e implementación real de las prácticas seguras consideradas indican áreas de mejora. El lenguaje común de las señales de tráfico es un instrumento sencillo para mejorar su cumplimiento.(11)

HELENA M., MELO J., FARIA K., GONÇALVES K., MARQUES M., (2019) en su estudio “Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños” Tuvo como **Objetivo** Evaluar el clima de seguridad del paciente según la percepción de los profesionales del equipo de enfermería de hospitales de gran tamaño. **Metodología** Estudio transversal, exploratorio-analítico, con abordaje cuantitativo de los datos, realizado con 582 profesionales de enfermería. Fue utilizado el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, validado para el Portugués de Brasil. Obtuvieron como **Resultados** Se observó que la puntuación general media obtenida por el instrumento fue de 62,29 (S= 13,71), con máximo de 93,29 y mínimo de 10,98. Entre los dominios, el D3, que relaciona la satisfacción en el trabajo, obtuvo la mayor media, siendo de 80,22 (S=18,54). La menor media observada

entre los dominios fue la que relaciona la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital, D5, siendo la media de 53,12 (S=20,01). Solamente uno de los seis dominios analizados por el instrumento obtuvo la puntuación encima del mínimo ideal de 75 puntos. Llegaron a las siguientes **Conclusiones** Se observó de forma general, una baja percepción del clima de seguridad del paciente, ya que en el análisis de la puntuación general y de los dominios, las puntuaciones fueron inferiores a lo recomendado por la literatura, excepto en relación al dominio que evalúa la satisfacción en el trabajo.(12)

CAMACHO D., RODRÍGUEZ, JAIMES N (2018) en su estudio “Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria” **COLOMBIA**. Tuvo como **Objetivo** identificar las fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria y su relación con las variables sociodemográficas. **Metodología** Estudio correlacional en el que participaron 41 enfermeros de primer nivel de atención. Se utilizó el Cuestionario Medical Office Survey on Patient safety traducido, validado y adaptado al español. Dicho cuestionario fue auto diligenciado en el lugar de trabajo. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico PAST versión 3.08 y se utilizaron las pruebas de χ^2 de homogeneidad para las variables cualitativas y Kruskal Wallis para las variables cuantitativas. Obtuvieron como **Resultados** la puntuación global de la cultura de seguridad del paciente fue de 51,21 %. Las dimensiones mejor calificadas fueron puntuaciones globales de calidad e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la calidad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal. Llegaron a las siguientes **Conclusiones** La cultura de seguridad del paciente no se categorizó como fortaleza ni como debilidad.(13)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

LARICO Y., ROSAS M. Y MUTTER K., (2021) en su estudio “Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería”. Tuvieron como **Objetivo**. Determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería en un servicio de centro quirúrgico. **Metodología** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal. El estudio se realizó en 15 licenciadas en enfermería y 12 técnicos de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú. Se aplicó un cuestionario previo consentimiento informado. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS. Tuvieron como **Resultados**: La mejor característica en las enfermeras fue el contacto con el paciente (92 %). En cuanto a las dimensiones, en la mayoría de indicadores los resultados fueron neutrales (punto medio), específicamente en la dimensión de cultura de comunicación, en las de cultura de seguridad, seguridad a nivel de servicio, y cultura de seguridad a nivel del hospital. Llegaron a las siguientes **Conclusiones** La mejor característica que presentan las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico es el acercamiento al paciente con un 92,6 % y en cuanto a los indicadores de las dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente es el aprendizaje organizacional positivo en un 63 %.(14)

LAURA F., ASTETE P., (2021) en su estudio “Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima- 2019”. Tuvo como **Objetivo** establecer la relación entre la gestión de seguridad del paciente y la calidad del cuidado en los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-2020. **Metodología** El método de estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo observacional de corte transversal, el diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por

52 enfermeras. Para la recolección de datos, la técnica utilizada fue la encuesta, con la lista de cotejo de las seguridades del paciente, conformado por 42 preguntas, y la escala sobre calidad de cuidado, conformada por 18 preguntas, que evalúa componente humano, oportuno y continuo. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios fueron procesados con el programa SPS versión 25. Tuvieron como **Resultados:** indicaron con respecto a la gestión de seguridad 42.3% medio, 32.7% bajo y 25% alto, calidad de cuidado 40.4% bajo, 30.8% medio y 28.8% alto. Llegaron a las siguientes **Conclusiones** que existe relación entre la gestión de seguridad y la calidad de atención en profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-2019.(15)

NUÑEZ E., (2020) en su estudio “Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018”. Tuvo como **Objetivo** determinar la cultura de seguridad del paciente e identificar fortalezas y oportunidades de mejora en los resultados de Cultura Seguridad, cultura de seguridad a nivel de la unidad/servicio y hospitalario. **Metodología** Se utilizó la “Encuesta Hospitalaria sobre Seguridad del Paciente Cultura de la Agencia para la Investigación y la Calidad Sanitaria” versión española por cumplir con criterios de validez y confiabilidad, se consideraron los criterios de Belmont. La muestra censal estuvo conformada por 121 enfermeras que cumplían con criterios de inclusión. Llegó a las siguientes **Conclusiones** Respecto a la Cultura de seguridad del paciente 44.31% de enfermeras entrevistadas consideraron que es una debilidad; por tanto, requiere reflexionar acerca la necesidad de ajustes en las estrategias de gestión y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en el hospital.

Respecto a la Dimensión Resultados de la cultura de seguridad del paciente las enfermeras entrevistadas identificaron como oportunidad de mejora a la frecuencia de eventos adversos relacionados con la

seguridad del paciente notificados (51.24) % y como una debilidad a la percepción global de la seguridad del paciente (33.47%).

Respecto a la Dimensión cultura de seguridad a nivel de la unidad/servicio las enfermeras entrevistadas identificaron como oportunidad de mejora a el trabajo en equipo en la unidad/servicio (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), la expectativas y acciones de la dirección/supervisión de las unidades/servicio que favorecen la seguridad del paciente (53.31%), y feed back y comunicación sobre errores que pudieran cometerse en el servicio (51.79%). Y como debilidad identificaron a respuestas no punitivas a los errores (40.77), comunicación franca que favorece la seguridad del paciente (39.12%), apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente (34.44%) y dotación del personal es un aspecto que favorece la seguridad del paciente en el hospital (29.96%).(16)

MORI N., (2018) en su estudio “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017”. **Lima**. Tuvo como **Objetivo** determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. **Metodología** El diseño de investigación fue no experimental; de corte transversal, el muestreo fue probabilístico y la muestra estuvo constituida por 40 profesionales de enfermería. Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para medir las variables cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Llegaron a las siguientes **Conclusiones** Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. Lima – 2017.

Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el área de trabajo y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte.

Existe relación significativa entre la cultura de seguridad de la paciente brindada por la dirección y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte.

2.1.3 Antecedentes Locales

2.2 Base Teórica

2.2.1 Florence Nightingale Teoría del Entorno

Su teoría se centra en el entorno, es capaz de prevenir contribuir a la enfermedad, los accidentes y la muerte representa todas las condiciones e influencias externas que puede afectar a la vida y desarrollo de un organismo, lo que le interesaba mucho era la luz., la ventilación, calor, dieta, limpieza abarcan los componentes del entorno. Florence Nightingale decía que puede parecer extraño decir que el primer principio en un Hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extrahospitalaria (1863)

2.2.2 El Juramento de Florence Nightingale

Fue creado en 1893 en la escuela de enfermería Ferrand, del Hospital Arpar de Detroit. Es aquel con el que las enfermeras y enfermeros se comprometen a «Abstenerse de provocar daño alguno» y a «considerar como confidencial toda información que le sea revelada en el ejercicio la profesión, así como todos los asuntos privados de los pacientes»:
Yo solemnemente me prometo a mi misma y delante de Dios y en presencia de esta asamblea que voy a pasar mi vida en pureza y voy a practicar mi profesión con toda mi fidelidad. Voy a abstenerme de

cualquier cosa dañina y nociva y no voy a tomar ni administrar a sabiendas ninguna droga nociva. Voy a hacer todo lo que tenga a mi alcance para elevar al nivel de mi profesión y para mantener en confidencialidad todos los asuntos personales para que no salgan a la luz al igual que todos los asuntos familiares que lleguen a mi conocimiento en la práctica de mi vocación. Con toda lealtad haré un esfuerzo por prestar ayuda al médico en su trabajo y dedicarme a procurar el bienestar del personal bajo mis cuidados.(18)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Seguridad del Paciente

Entendemos por seguridad del paciente el conjunto de condiciones que garantizan a cualquier persona, que solicita o recibe atención médica por un problema de salud, que estará a salvo de daños o riesgos innecesarios. Cuando se alcanza este objetivo, el paciente tiende a confiar en el sistema lo cual es un factor muy importante para el éxito de la atención médica.

La seguridad del paciente viene definida por la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencias de la atención recibida.(19)

2.3.2 Seguridad del paciente hospitalizado

Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Accidente

Evento que involucra daño a un sistema definido, que rompe el seguimiento o futuro resultado de dicho sistema.

Evento adverso

Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención médica.

Evento centinela

Actividad que ocasiona una muerte inesperada, herida física o psicológica grave o que conlleva el riesgo de causarlas. Es un subconjunto del universo de sucesos adversos. Su gran importancia radica en la oportunidad que ofrece para detectar fallas en los sistemas de atención al paciente y corregirlos de inmediato.

Quasi falla o quasi error

Acontecimiento o situación que pudo haber dado como resultado un accidente, lesión o enfermedad, pero que no lo tuvo por una casualidad o por una intervención oportuna.

Es importante reflexionar sobre el concepto de quasi falla, ya que al dar atención médica pudimos haber ocasionado un daño al paciente. No obstante, ya sea de manera fortuita o por una intervención afortunada se detectó oportunamente la falla o el error, lo que previno el daño. La detección de las quasi fallas es por demás valiosa, ya que se aprende sin pagar el costo, que puede ser el daño a la salud o la muerte del paciente.(20)

2.3.3 Carga mundial de discapacidad y daño producido por la atención insegura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, la escala mundial cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencias de prácticas médicas o atención inseguras. Casi unos de cada 10 pacientes sufren algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente avanzados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor de los servicios de atención sanitaria del

mundo. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40 % se administran con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes medidas de seguridad causan 1.3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como la hepatitis B y C y el VIH.

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora al incrementar gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad, pleitos.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La alianza mundial para la seguridad del paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminadas a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los estados miembros de la OMS. La alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

2.3.4 Carga de daños

Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura. A continuación se señalan algunas de las situaciones más preocupantes en relación con la seguridad del paciente:

Los **errores de medicación** son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se

estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales

Las **infecciones relacionadas con la atención sanitaria** afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente.

Los **procedimientos quirúrgicos poco seguros** provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella.

Las **prácticas de inyección poco seguras** en entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios. Representan una carga de daños estimada en 9,2 millones de años de vida perdidos por discapacidad y muerte en todo el mundo.

Los **errores diagnósticos** afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida.

Las **prácticas de transfusión poco seguras** exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones (14). Los datos sobre reacciones adversas a la transfusión procedentes de un grupo de 21 países muestran una incidencia media de 8,7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componentes sanguíneos distribuidos.

Los **errores de irradiación** abarcan los casos de sobreexposición a la radiación y aquellos en los que se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada (16). Según un examen de los datos publicados a lo largo de 30 años sobre seguridad en radioterapia, se estima que la incidencia

general de errores es de aproximadamente 15 por cada 10000 ciclos de tratamiento.

A menudo, la **septicemia** no se diagnostica a tiempo para salvar la vida del paciente. Como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas en todo el mundo, de las que más de 5 millones fallecen.

Las **tromboembolias venosas** son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran 3,9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios. También es importante reconocer el impacto de la seguridad del paciente en la reducción de los costos relacionados con los daños a los pacientes y en la mejora de la eficiencia de los sistemas de atención de la salud. La prestación de servicios seguros también contribuirá a tranquilizar a las comunidades y a restaurar su confianza en sus sistemas de salud.(2)

2.3.5 Mayor conocimiento y mejor uso para una atención más segura.

Para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adoptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles. Es necesario investigar en muchas áreas para mejorar la seguridad de la atención y prevenir dichos daños. algunos ejemplos son:

- Infecciones asociadas a la atención sanitaria: se estiman en 5 - 10 % en pacientes hospitalizados en los países desarrollados y en cerca del 25% en los que están en vías de desarrollo.
- Eventos adversos relacionados con los medicamentos

- Cirugía y anestesia.
- Administración de inyecciones sin precauciones de seguridad.
- Productos sanguíneos inseguros.
- Eventos adversos relacionados con dispositivos médicos.

2.3.6 Diferentes tipos de investigaciones para mejorar la seguridad.

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas:

- 1.- Determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes.
- 2.- entender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes
- 3.- encontrar soluciones en situaciones de la vida real.(21)

2.3.7 La Seguridad del Paciente: “no hacer daño”

La máxima “ante todo no hacer daño” se atribuye a Hipócrates (400 a.c.) y nos recuerda a los profesionales de la salud que debemos mejorar la salud del paciente, no empeorar con nuestros errores. La realidad es que los errores médicos y otros efectos adversos de la atención de la salud son factores que inciden de forma significativa en la carga mundial de enfermedad y muerte.

El principal reto que se plantea es no culpar ni castigar, sino evitar que ocurran los errores, ya sean humanos o del sistema. Eso exige una mayor transparencia en los sistemas de atención de salud y una mayor predisposición por parte de los profesionales de la salud para reconocer nuestros errores. Después de todo errar es humano. Pero ocultar los errores es imperdonable; y no aprender de ellos no tiene excusas. Todos cometemos errores, pero tenemos el deber de

aprender de ellos y de encontrar la forma para asegurarnos de que nunca más vuelvan a causar daño.(19)

2.3.8 La Seguridad en el contexto de la Atención Primaria

Hasta la fecha se han realizado pocos estudios en el ámbito de Atención Primaria y, en la mayoría de los casos, se trata de estudios piloto, limitados a un pequeño número de médicos y basados fundamentalmente en sistemas de notificación voluntaria.

De manera individual los errores médicos, que no necesariamente eventos adversos, más frecuentemente encontrados en todos los estudios, están relacionados con la prescripción de medicamentos, con cifras próximas al 40%.

De ellos, hasta en un 20% de los casos podrían considerarse evitables. Los errores relacionados con el diagnóstico también son considerados una importante fuente de eventos adversos en Atención Primaria.

La combinación de errores diagnósticos junto con efectos relacionados con la prescripción es responsable del 13,6% de los efectos encontrados.

La pobre comunicación entre profesionales y con el paciente fue considerado un factor contribuyente muy importante en varios estudios. Wilson lo considera un síntoma de problemas organizativos, más que una verdadera causa de eventos adversos.

Un problema a la hora de conocer la frecuencia de los eventos adversos en Atención Primaria es que muchos de ellos pasan desapercibidos porque no tienen consecuencias.

Los servicios de Atención Primaria constituyen la puerta de entrada en el sistema sanitario. Su objetivo es responder a la mayor parte de los problemas que presenta el usuario, en coordinación con otros niveles de asistencia y desde una perspectiva orientada al paciente en su globalidad.

Una de las principales características de la asistencia primaria se basa en la continuidad de la atención y en el trabajo en equipo.

Por esta razón, es muy difícil establecer sistemas de vigilancia retrospectiva ya que, a diferencia del hospital, las historias clínicas no se centran en episodios limitados, sino en un actividad integral e integrada.

Aproximadamente el 60% del gasto en Atención Primaria se destina a farmacia. Tanto en primaria como en especializada los eventos adversos relacionados con la medicación se encuentran entre los más frecuentes y además tienen especial importancia por su evitabilidad.

Un 22,4% de los eventos adversos relacionados con fármacos podrían haber sido evitados con un adecuado seguimiento.

Al ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema, la mayor parte de los diagnósticos iniciales se realizan en Atención Primaria. Un error al inicio puede suponer una cascada de pruebas y tratamientos innecesarios que pueden derivar en daño para el paciente. La práctica de la Atención Primaria, se mueve en un marco de gran incertidumbre, la atención en las primeras fases de la enfermedad donde, en muchas ocasiones, los síntomas no están claros. A lo que hay que añadir la presencia asociada de problemas psicosociales, escaso tiempo de consulta, presión asistencial, etc. Todo ello dificulta a menudo la realización de diagnósticos acertados.

La población atendida en Atención Primaria es fundamentalmente mayor de 65 años y es habitual que presente pluripatología. Por tanto, se trata de una población con más riesgo de sufrir eventos adversos. Si además tenemos en cuenta que el 60% de los fármacos son consumidos por pacientes mayores de 65 años, no es de extrañar que el riesgo de sufrir un evento adverso en esta población esté especialmente aumentado.

2.3.9 Eventos adversos más frecuentes en enfermería

- Errores en la administración de medicamentos

- Errores en identificación e inadecuada interpretación de signos y síntomas
- caídas de pacientes hospitalizados
- Errores de identificación de paciente
- Quemaduras

2.3.10 Deberes de enfermería frente al Evento Adverso

- Prevenir el riesgo
- Minimizar el riesgo
- Mitigar sus consecuencias
- Evitar que se repita
- Identificar error causa y tomar acciones
- Deberes éticos con el paciente y con la sociedad

2.3.11 La Gestión de Riesgo de enfermería implica

- Asumir que van a ocurrir eventos adversos.
- Hacerse cargo de ellos.
- Tener la certeza de que un gran porcentaje de ellos son evitables.
- Trabajar en la prevención de eventos adversos evitables.(22)

CAPÍTULO III.
**DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE
INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
CENTRO DE SALUD SAN CAMILO DE LELLIS DE CHUQUIBAMBILLA**

3.1. JUSTIFICACIÓN

El plan de intervención del profesional de enfermería para la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Centro de salud San Camilo de Lellis de Chuquibambilla se realiza con el fin de potenciar la seguridad de este como un componente esencial en el diseño, los procedimientos y la evaluación del desempeño de los trabajadores de salud del servicio de emergencia.

La seguridad del paciente, es una dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

La seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias se entiende como un conjunto de actividades coordinadas que facilitan una cultura y unos comportamientos seguros entre los profesionales y que se apoya en unas tecnologías y entornos en los que se aplican procedimientos que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reduciendo daños evitables y haciendo menos probable el error. Y en caso de que este se produzca, los sistemas estén preparados para poder disminuir también el impacto del daño.

Sobre cómo aplicar la resolución concerniente a la seguridad del paciente que acude al servicio de emergencia. abarcando todo el proceso de atención a la salud de las personas, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y los cuidados sanitarios, reduciendo la probabilidad de causar daño en el curso de la atención recibida.

El plan de intervención está estructurado en siete objetivos con 21 acciones. En este documento, presento un análisis de las acciones para las organizaciones del servicio de emergencia del centro de salud y los retos futuros para su implementación específica.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Centro de Salud San Camilo de Lellis de Chuquibambilla.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer competencia de buenas prácticas de atención y gestión de riesgo.
2. Fortalecer el sistema de registro de notificación, análisis y mejora del incidente, eventos adversos.
3. Promover buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente
4. Implementar el proceso de aprendizaje del error (Rondas de Seguridad del paciente- Identificación de los verificadores inseguros, auditorías de la calidad de atención)
5. Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinela.

3.3. Metas

Lograr que el 100% de pacientes que acuden al Centro de salud San Camilo de Lellis de chuquibambilla se sientan seguros a recibir atención por servicio de emergencia.

3.4. Programación de actividades

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Elaboración y aprobación del plan de intervención de la seguridad del paciente del Centro de Salud San Camilo de Lellis con Resolución	Resolución Directoral	Resolución aprobado	1	Junio 2022	Equipo de trabajo de enfermería
Conformación del comité de seguridad de pacientes y gestión de riesgo.	Acta de conformación y resolución directora del comité	Resolución notificado a los integrantes	1	Junio 2022	Equipo de trabajo de enfermería
Actividad de capacitación dirigido al comité de seguridad, Jefatura, personal de gestión de riesgo y personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	informe	Comité de seguridad capacitado	1	Agosto 2022	Equipo de trabajo de enfermería
Consolidado de registro de notificación y análisis de eventos adversos	Informe	Análisis de casos de notificación	4	I,II,III, IV trimestre	Equipo de trabajo de enfermería
Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la atención al paciente	Encuesta	Encuesta aplicada a los usuarios	2	I semestre y II semestre	Equipo de trabajo de enfermería
Informe de la encuesta aplicada de la implementación lista de verificación de la seguridad de la atención al paciente	Informe	Encuesta aplicada a los usuarios	2	I semestre y II semestre	Equipo de trabajo de enfermería
Evaluación de la correcta aplicación en los procedimientos de lista de verificación de seguridad al paciente	Informe	Aplicación de instrumento de verificación de procedimientos	4	I,II,III, IV trimestre	Equipo de trabajo de enfermería

Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos	Informe	Personal con conocimiento en lavado de manos	4	I,II,III, IV trimestre	Equipo de trabajo de enfermería
Conformación y aprobación con resolución Directoral del Equipo Rondas de seguridad del paciente que acude al centro de salud San Camilo de Lellis de Chuquibambilla	Resolución Directoral	Resolución notificado a los integrantes	1	Anual	Equipo de trabajo de enfermería
Cumplimiento de buenas prácticas de la atención en salud en el Centro de Salud San camilo de Lellis de Chuquibambilla; informe de los resultados de las rondas de seguridad ejecutadas	Informe	Personal de salud con conocimiento de buenas prácticas	12	Mensual	Equipo de trabajo de enfermería
Consolidado trimestral de las rondas de seguridad del paciente ejecutadas	Informe	Rondas de seguridad comprometidos	4	I,II,III, IV trimestral	Equipo de trabajo de enfermería
Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de seguridad del paciente ejecutadas	Informe	Rondas de seguridad comprometidos	4	I,II,III, IV trimestral	Equipo de trabajo de enfermería
Reporte semestral del consolidado de las rondas de seguridad del paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.	Informe	Rondas de seguridad comprometidos	2	Semestra I	Equipo de trabajo de enfermería
Análisis de eventos centinela que se presente de acuerdo al protocolo de Londres	Informe	Comité de seguridad comprometido	2	Semestra I	Equipo de trabajo de enfermería

3.5. Recursos

3.5.1 Recursos Materiales

3.5.1.1 Materiales de escritorio

- Hojas bond A4 (2 millar)
- Plumones de Colores N° 56 (color rojo, azul, negro, verde, amarillo 6 unidades cada uno)
- Impresiones a colores (40 hojas)
- Grapas 2 cajas.
- Hojas de colores
- Cintas maskin
- Cintas de embalajes
- Lopiceros.
- Lápiz
- Cartulina
- Rotafolio

3.5.1.2 Materiales de servicios

- Refrigerios
- Impresión
- Copias

3.5.1.3 Equipos

- Multimedia
- Laptop
- Computadora
- USB
- Impresora
- Celular

3.5.2 Recursos Humanos

- Personal de Salud (Médicos, Enfermeros, Obstetricia, Odontología, Trabajadora Social, Nutricionista y técnicos de enfermería)

3.6. Ejecución

- Los responsables de la ejecución del presente plan de intervención serán el Jefe del Centro de Salud, Responsable de Calidad, Jefe de servicio de enfermería, integrantes del comité de seguridad del paciente y rondas de seguridad del paciente.
- El Jefe del Centro de Salud deberá brindarles las facilidades para el cumplimiento del plan de intervención y fomentar las buenas prácticas de seguridad al paciente.

3.7. Evaluación

- El comité de seguridad del paciente, gestión de riesgo y rondas de seguridad del paciente debe evaluar y hacer seguimiento del cumplimiento del plan de intervención.
- El comité de seguridad del paciente, gestión de riesgo y rondas de seguridad del paciente y área de calidad y servicio de enfermería de emergencia deben evaluar trimestralmente los eventos ocurrido en área de emergencia y socializar con los trabajadores de salud del área para prevenir errores futuros.
- El sistema de registro de notificación debe de ser evaluado y analizado mensualmente por el comité de seguridad del paciente, gestión de riesgo, rondas de seguridad del paciente, área de calidad y servicio de enfermería de emergencia.
- Las buenas prácticas de seguridad del paciente deben ser sistematizadas y promover felicitaciones a los trabajadores que cumplen con los acuerdos y compromisos.

3.8. Conclusiones

La misión de enfermería de los eventos adversos en los servicios de emergencia.

- El gran impacto del plan de intervención será, lograr mejorar la seguridad de los usuarios, como objetivo prioritario en las atenciones del personal de enfermería, más aún en el servicio de emergencia, siendo un área crítica, de mayor congregación y sobresaturación de paciente, es a diario que se observa posibles eventos prevenibles por ello la actuación de enfermería asegura su seguridad.
- Cumplir con notificar al comité de seguridad del paciente, gestión de riesgo, área de servicio de calidad de todo evento que ocurriera en el servicio de emergencia, tanto con el paciente y el personal de salud involucrado, siendo esto considerado como estrategias que permitan aprender y mejorar de los errores propios del personal de salud, como también podrían ser ocasionados por los mismos pacientes. Por lo tanto, estas notificaciones permitirán también conocer cuánto es la escala de mejoría del servicio y la atención que brinda enfermería para la seguridad del paciente.
- El comité de seguridad del paciente, gestión de riesgo, rondas de seguridad y área de calidad deberá evaluar todas las notificaciones y esperar las respuestas e informen a todos los personales encargados del área de emergencia, de acuerdo a ello se deberá plantear estrategias para el manejo de la seguridad del paciente, todo este proceso siempre debe estar registrado en entidad del Centro de Salud de forma escrita o virtual.
- Las buenas prácticas de atención de seguridad al paciente determinarán acciones que son importantes para la mejoría del servicio y en la atención al usuario, esto va generar más confianza y enfocarnos a aprender de los cometidos para así brindar cuidado con calidad, también va contribuir en nuestro crecimiento profesional como enfermeras emergencias,
- Las reuniones programadas por la organización de servicio de calidad, comité de seguridad del paciente, rondas de seguridad del paciente y

enfermería, para poder dialogar libremente acerca de la seguridad del paciente, en la cual también incluye errores propios, ya que las notificaciones de errores reales y potenciales nos va permitir proceso de aprendizaje y de esa forma prevenir toda acción que ocurre en emergencia.

3.9. Recomendaciones.

1. Capacitar a los jefes de servicio y de puestos de salud para que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras en los servicios, centros y puestos de salud.
2. Incluir la seguridad del paciente como uno de los aspectos a abordar al ingreso de nuevos trabajadores de salud (SERUMS)
3. Evaluar periódicamente, a través de instrumentos validados, el clima de seguridad de la organización como ayuda al conocimiento de los puntos débiles y fuertes con respecto a la seguridad del paciente.
4. Identificar, difundir y compartir a nivel de los servicios, centros de salud y puesto de salud buenas prácticas, información y experiencias sobre seguridad del paciente.
5. Difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas para evitar los cuidados sanitarios innecesarios, de escaso valor o perjudiciales para el paciente.
6. Establecer intervenciones específicas dirigidas a evitar los errores más frecuentes con los medicamentos de alto riesgo.
7. Estandarizar los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015
2. Seguridad del paciente [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Seguridad del Paciente. Datos y Cifras. OMS [Internet]. TEMAS DE ENFERMERÍA. 2020 [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://temasdeenfermeria.com.ar/2020/09/seguridad-del-paciente-datos-y-cifras-oms/>
4. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente - ClinicalKey [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/journal/1-s2.0-S0025775314005508>
5. Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona - ClinicalKey [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656721002511?scrollTo=%23hI0001013>
6. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/rondas-por-la-seguridad-2020/1621867758>
7. Día Mundial de la Seguridad del Paciente de 2022 [Internet]. [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>
8. FEPASDE CSCARE. Qué hacer ante un Evento Adverso en enfermería | FEPASDE [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://contenido.fepasde.com/como-abordar-el-evento-adverso-asociado-con-la-atencion-de-enfermeria>
9. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gac Sanit. 3 de marzo de 2021;34:500-13.
10. Silva PL da, Gouveia MT de O, Magalhães RB, Borges BV de S, Rocha RC, Guimarães TMM, et al. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Enfermería Global. 2020;19(60):427-62.

11. Aibar-Remón C, Barrasa-Villar I, Moliner-Lahoz J, Gutiérrez-Cía I, Aibar-Villán L, Obón-Azuara B, et al. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gac Sanit.* 13 de diciembre de 2019;33:242-8.
12. Barbosa MH, Neto JM, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MM dos S, Barichello E. Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 26 de febrero de 2019 [citado 18 de mayo de 2022];34(4). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561>
13. Rodríguez DEC, Carvajal NEJ. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 4 de mayo de 2018 [citado 18 de mayo de 2022];34(1). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>
14. Peralta YL, Itucayasia MLR, Cuellar KJMCKJM. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina.* 30 de abril de 2021;15(2):11-20.
15. Laura Llacsá FP, Astete Ariza P. Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima- 2019. Repositorio Institucional - UNAC [Internet]. 2021 [citado 19 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5638>
16. ERIC IVAN NUÑEZ SAMANIEGO. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO, PERÚ - 2018 [Internet]. UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE ENFERMERÍA; 2020. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/TL_Nu%C3%B1ezSamaniegoEric\(3\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/TL_Nu%C3%B1ezSamaniegoEric(3).pdf)
17. Natali Roxana Mori Yachas. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 [Internet]. UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO; 2018. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=tesis+de+seguridad+del+paciente+en+centro+de+salid>
18. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2011. 818 p.
19. La Seguridad del Paciente. Un reto para la asistencia sanitaria. RC Libros; 2012. 156 p.
20. Barajas ER, González OS, Vera WT. Seguridad del paciente hospitalizado. Ed. Médica Panamericana; 2007. 136 p.

21. La Seguridad del Paciente. Un reto para la asistencia sanitaria. RC Libros; 2012. 156 p.
22. Diego AM, Begoña de AG. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Ediciones Díaz de Santos; 2015. 432 p.

ANEXO

**CUESTIONARIO SOBRE LA DE SEGURIDAD DE LOS
PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA C.S.SAN CAMILO DE
LELLIS-CHUQUIBAMBILLA**

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su Centro de Salud, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo. Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

• **Un “incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.

• **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal de salud te apoya mutuamente en el servicio de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En el servicio de emergencia, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El personal del servicio de emergencia trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección B: Su Jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior /jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/>	<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 unidad.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	<input type="checkbox"/>	<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, aparentemente, no está bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?					
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/>	<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, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/>	<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, déle a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E

Sección F: Su Centro (Hospital/ Área, Comarca, etc en el caso de Atención Primaria)

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

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.					
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.					
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.					
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.					

7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro					
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurra un suceso.					
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes					
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.					

Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?
 a. Si b. No

2. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque una respuesta.
 - a. Ninguna notificación
 - b. De 1 a 2 notificaciones
 - c. De 3 a 5 notificaciones
 - d. De 6 a 10 notificaciones
 - e. De 11 a 20 notificaciones
 - f. 21 notificaciones o más.

Sección H: Características de los encuestados

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

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?**
 - a. Menos de 1 año
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. De 11 a 15 años
 - e. De 16 a 20 años
 - f. 21 años o más

2. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad/área?**
 - a. Menos de 1 año

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

3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

- a. Menos de 20 horas a la semana
- b. De 20 a 39 horas a la semana
- c. De 40 a 59 horas a la semana
- d. 60 horas a la semana o más

4. ¿A qué estamento pertenece?

- a. Enfermera
- b. Médico

5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?

Sí No

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

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

Sección I: Sus Comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

.....

Gracias por completar este cuestionario, Su ayuda será muy útil para saber más sobre la seguridad de los pacientes.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA







