

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE, TACNA-2020

TESIS

Presentada por:

Lic. Yeny Larico Peralta
Lic. Marzy Liliana Rosas Itucayasi

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

TACNA - PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA-2020.

TESIS

Presentada por:

Lic. YENY LARICO PERALTA

Lic. MARZY LILIANA ROSAS ITUCAYASI

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

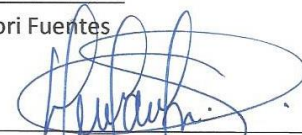
Aprobada por _____, ante el siguiente Jurado:




Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes
Presidenta



Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
Miembro



Dr. Wender Florencio Condori Chipana
Miembro



Dra. Karimen Jetzabel Mutter Cuellar
Asesora

DEDICATORIA

*A Dios. Por darnos salud y permitirnos
lograr nuestros objetivos.*

*A nuestras familias por su paciencia e
infinito apoyo emocional.*

Yeny y Marzy.

AGRADECIMIENTO

*A la Segunda Especialidad de Enfermería
por apoyarnos en este camino de
preparación profesional.*

*A la Dra. Karimen Jetzabel Mutter Cuellar
por su asesoría y valiosa colaboración.*

*Al Hospital Hipólito Unanue, especialmente
al Servicio de Centro Quirúrgico por las
facilidades brindadas.*

Yeny y Marzy.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	03
1.2. Objetivos.....	09
1.3. Justificación.....	10
1.4. Formulación de hipótesis.....	11
1.5. Operacionalización de variables.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas científicas.....	27
2.3. Definición conceptual de términos.....	45

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	47
3.2. Población y Muestra.....	47
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos...	49
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	52
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	53
3.6. Consideraciones Éticas.....	53

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....	54
4.2. Discusión.....	65

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N.º 1 Cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de Enfermería del Centro Quirúrgico según características de trabajo. Hospital Hipólito Unanue, Tacna-2020.	55
Tabla N.º2 Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería del Centro Quirúrgico según la dimensión cultura de seguridad del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna -2020.	58
Tabla N° 3A Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería del Centro Quirúrgico según la dimensión cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue, Tacna -2020.	60

Tabla Nº 3B	Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería del Centro Quirúrgico según la dimensión cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue. Tacna -2020.	61
Tabla Nº 4	Cultura de la seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería del Centro Quirúrgico según la dimensión comunicación en el servicio. Hospital Hipólito Unanue, Tacna- 2020.	63
Tabla Nº 5	Cultura de la seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería de Centro Quirúrgico según las dimensiones en general del Hospital Hipólito Unanue. Tacna- 2020.	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico Nº 1 Cultura de la seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería del centro quirúrgico según características de trabajo Hospital Hipólito Unanue, Tacna -2020.	57
Gráfico Nº 2 Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de Enfermería del Centro Quirúrgico según la dimensión cultura de seguridad del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna -2020.	59

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como **Objetivo:** Determinar la cultura de seguridad del paciente, desde la percepción del personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, de Tacna- 2020.

Metodología: Es un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de diseño no experimental transversal. La población fue de 27 trabajadores de enfermería. Se utilizó una encuesta y como técnica un cuestionario sobre seguridad de los pacientes: Versión española. Como **Resultado:** Se obtuvo que la mejor característica en las enfermeras es el contacto con el paciente con el 92%, en cuanto a las dimensiones en la mayoría de indicadores los resultados fueron neutros (punto medio). En general las dimensiones; de cultura de seguridad, seguridad a nivel de servicio, y la dimensión de cultura de seguridad a nivel del Hospital es neutral. Y **concluye** en que la mejor característica desarrollada por las enfermeras 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% en las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico.

Palabras claves: Cultura de Seguridad, Centro Quirúrgico, personal de enfermería.

ABSTRACT

The **objective** of this research work was: To determine the culture of patient safety, from the perception of the Nursing staff of the Surgical Center Service of the Hipólito Unanue Hospital, Tacna- 2020.

Methodology: It is a study with a quantitative approach, descriptive type , of non-experimental cross-sectional design. The population was 27 nursing workers. A survey was used and a questionnaire on patient safety was used as a technique: Spanish version. As a **result:** It was obtained that the best characteristic in the nurses is the contact with the patient with 92%, regarding the dimensions in most of the indicators the results were neutral (middle point). In general, the dimensions; of safety culture, safety at the service level, and the dimension of safety culture at the Hospital level is neutral. And it **concludes** that the best characteristic developed by nurses is the approach to the patient with 92.6% and regarding the indicators of the dimensions of the culture of patient safety is positive organizational learning in 63% in the nurses from the Surgical Center service.

Keywords: Safety Culture, Surgical Center, nursing st

INTRODUCCIÓN

Para promover una atención sanitaria más segura y reducir los riesgos de ocasionar daños a los pacientes es importante desarrollar investigaciones y comprender que la cultura de seguridad del paciente como componente de la calidad asistencial está relacionada a las prácticas y creencias del personal de salud que labora en una institución que según su grado de complejidad ofrecerá servicios de salud más especializados y con mayor riesgo de desarrollar eventos adversos.

Según el programa de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente indica que los eventos adversos registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de eventos adversos registrados entre pacientes quirúrgicos , y que en los países en desarrollo la atención quirúrgica enfrenta limitaciones debido a deficiencias de los servicios e instalaciones, falta de personal capacitado, insuficiencias tecnológicas y limitaciones en el suministro de medicamentos y material.(1)

La valoración del tema de seguridad del paciente se plantea a partir del año 1999 en el que una publicación del Instituto de Medicina de la

Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América “Error es Humano” pone en evidencia el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. (2)

Por lo que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente, desde la percepción del personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020, dicho establecimiento es de Nivel II-2 que brinda atención especializada e integral en salud y docencia.

La presente investigación Consta de cuatro capítulos, el primer capítulo es el planteamiento del estudio que hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de Hipótesis y la operacionalización de la variable. El segundo capítulo contiene los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición conceptual de términos. El tercer capítulo contiene el diseño de la investigación, población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de información y finalmente el capítulo cuatro en el que se detallan los resultados, la discusión, culminando con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a escala mundial refieren que cada año hay millones de pacientes que sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. (1)

De estas atenciones el 77% de eventos adversos están relacionados al uso de medicamentos, infraestructura, equipos médicos, control de infecciones y a la escasa cultura de seguridad del paciente: (2)

Algunos de los problemas que generan estas prácticas inseguras son los gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdidas de ingresos y judicialización siendo un problema mundial de salud pública. (1)

La valoración de esta situación se plantea a partir del año 1999 en el que una publicación del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América “Errar es Humano” pone en evidencia el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. (2)

Por lo tanto, es importante destacar que dentro de la gama de servicios que se ofrecen como prestación de servicios de salud, se encuentran los que se realizan en los Centros Quirúrgicos, considerados procedimientos complejos y costosos en los cuales se registran un 50% de eventos adversos correspondiente a pacientes quirúrgicos, lo que impacta negativamente en la calidad de la atención.

En el año 2007 el Perú participo de un estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica denominado IBEAS en colaboración con la Organización Mundial de la salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en esta investigación se estudió la prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en la cual se determinó que en el Perú la prevalencia de eventos adversos por área de

Hospitalización de Especialidades Quirúrgicas fue de un 9.6%, siendo un 58.8% de ellas evitables.(3)

En este mismo año el Ministerio de Salud del Perú implementa el sistema de gestión de la Calidad, el que incluye en sus estrategias el tema de la seguridad del paciente, siendo en el periodo del año 2009 que se establece la Política Nacional de Calidad en Salud, mencionándose en su tercera política el fomento y difusión de buenas prácticas de atención de la salud.

Es importante destacar que la seguridad del paciente se encuentra determinada en uno de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad referidos a su garantía y mejora.

La Normatividad en el Perú relacionada a la conducción del Sistema de Gestión de la Calidad está compuesto por los Lineamientos para la Seguridad del Paciente, la Directiva Sanitaria de Buena Práctica de atención en Salud, la Adherencia a la higiene de Manos y la Directiva Sanitaria sobre las Rondas de Seguridad como Buena Práctica de Atención en Salud.

Actualmente la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, tiene la Dirección de Calidad la cual se encarga de recabar la información relacionada a eventos adversos (EA) derivados de la atención sanitaria, con la finalidad de identificar qué factores pueden desencadenar un evento adverso y mediante el análisis de la información recopilada mejora la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención en los servicios de salud.

En Tacna se ofrecen servicios de salud a través de los establecimientos de primer nivel de atención y un Hospital Docente Asistencial de Nivel II-2, Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el cual brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada.

Uno de los Departamentos del Hospital ofrece el Servicio de Centro Quirúrgico que cuenta con 01 sala de operaciones para cirugías de emergencias y 02 salas para procedimientos programados. Según los registros de la Unidad de recuperación post-Anestésica (URPA) el promedio de intervenciones quirúrgicas diarias es de 14 por día, predominando las cirugías mayores.

Debido a que estos procedimientos quirúrgicos van en aumento y que en gran parte de ellos se pueden presentar eventos adversos como practicas inseguras es importante como profesionales de enfermería especialistas en el área buscar continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir un paciente como consecuencia de los procesos de atención.

Durante el desarrollo de nuestras prácticas de la segunda especialidad, se observó que el servicio de Centro Quirúrgico cuenta con el formato de registro y reporte de incidentes y eventos adversos, los cuales se reportan mensualmente y que hasta el momento de la investigación no se tenía información sobre ningún evento reportado.

El formato recaba información sobre 14 categorías, una de ellas relacionada al comportamiento del personal en la que se pueden identificar problemas como discriminación, agresión, amenaza entre otros.

Este sistema de vigilancia permite que el personal de salud que detecte un evento adverso lo pueda notificar dependiendo de sus conocimientos, experiencia frente a estos casos y a una cultura como organización de no ocultar la información por temor a sanciones o castigos.

Es por ello que el presente estudio tiene como finalidad determinar la Cultura de Seguridad del paciente, desde la percepción del personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente, desde la percepción del personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la Cultura de Seguridad del paciente, desde la percepción del personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna - 2020.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la Cultura de Seguridad del paciente, desde la percepción del personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico según características de trabajo.
- Describir la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión de la cultura de seguridad del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue.
- Describir la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión de la cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue.
- Describir la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión comunicación en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la información sobre la seguridad del paciente es preocupante y se evidencia a partir de la documentación sobre la incidencia de eventos adversos siendo un impacto negativo en la calidad de la atención en salud, demostrándose el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud y no menos importante como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. (2)

La cultura de seguridad del paciente está relacionada a las prácticas y creencias del personal de salud, el que es responsable de garantizar que los pacientes no experimenten daño innecesario o potencial asociado a dicha atención.

Durante el desarrollo de nuestras prácticas de la segunda especialidad en el Hospital Hipólito Unanue observamos que el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de centro quirúrgico, es de vital importancia y que el trabajo que allí se realiza no depende de un solo grupo profesional sino de un equipo de trabajo que se encarga de velar por la seguridad del paciente.

Por este motivo obtener este tipo de información actualizada permitirá identificar cuáles son las dimensiones que se deben fortalecer en la cultura de seguridad del paciente y así establecer parámetros de actuación en situaciones específicas permitiendo fortalecer al equipo de trabajo que conforma el personal de enfermería en mejora de la calidad y seguridad en la atención en áreas específicas como lo es el Centro Quirúrgico.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Se considera que si la investigación que se realiza es de tipo descriptivo en la cual solo se describe una variable no es una hipótesis. Si por el contrario manejamos dos o más variables para establecer una relación, entonces se maneja una hipótesis. (26)

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE:

Cultura de seguridad del paciente

Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Cultura de Seguridad del paciente	La Cultura de Seguridad de una Organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas: (22)	A.- Cultura de seguridad del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	1. Frecuencia de eventos notificados.	- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	Item 40	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
				- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	Item 41	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
				- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	Item 42	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
			2. Percepción de seguridad	- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	Item 15.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
				- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	Item 18.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
				- No se producen más fallos por casualidad.	Item 10	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
				En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del Paciente"	Item 17	Nunca Raramente A veces	Ordinal

						Casi siempre Siempre	
		B. Cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la - seguridad	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar Riesgos en la seguridad del paciente.	Item 19.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Ordinal
				- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	Item 20.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	Item 21.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	Item 22.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Item 06.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	Item 09.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Item 13.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			5. Trabajo en equipo en la) Unidad/Servicio	- El personal se apoya mutuamente.	Item 01.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal

				Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	Item 03.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Item 04	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				-Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	Item 11	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			6. Franqueza en la comunicación	- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	Item 35	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Item 37	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Item 39	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			7. Feed-back y comunicación sobre errores	- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	Item 34	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad.	Item 36	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal

				- En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	Item 38	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			8. Respuesta no punitiva a los errores	- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Item 08	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	Item 12.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	Item 16.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			9. Dotación de personal	- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	Item 02	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Item 05	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal.	Item 07.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	Item 14	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
			10. Apoyo de la gerencia del	- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral	Item 23	Nunca Raramente	Nominal

			hospital en la seguridad del paciente	que favorece la seguridad del paciente.		A veces Casi siempre Siempre		
				- La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	Item 30.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal	
				- La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	Item 31.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal	
		C. Comunicación en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	11. Trabajo en equipo entre unidades	- Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Item 26.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal	
					- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	Item 32.	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
					- Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Item 24	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
					-Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades	Item 28	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra.	Item 25	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
					- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Item 27	Nunca Raramente A veces Casi siempre	Nominal

						Siempre	
				- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Item 29	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal
				- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Item 33	Nunca Raramente A veces Casi siempre Siempre	Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional:

Vasco I. (4), en el estudio titulado “Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermera del hospital de Mérida España 2017”, con el *objetivo* de analizar la cultura de seguridad del paciente de la enfermera del hospital de Mérida. La población de estudio fue de 323 Enfermeras. Con una metodología descriptiva, observacional de corte transversal, concluye que la enfermera tiene una percepción positiva con respecto a la cultura de seguridad en general, la que más positivamente valora es la de su Unidad/Servicio. La fortaleza identificada ha sido el trabajo en equipo dentro de la unidad y una dimensión calificada muy positivamente es la labor del supervisor de seguridad del paciente, como debilidad se considera la dotación de personal y como percepción negativa el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente.

Orkaizagirre A. (5), realizó el estudio titulado “La cultura de seguridad del paciente de las Enfermeras Hospitalarias España 2016” el objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de seis eventos adversos considerados en la bibliografía sensibles a la práctica enfermera y estimar el grado en que estos podrían ser atribuidos a la atención de Enfermería. Revisión transversal de las historias clínicas de 2.699 pacientes ingresados en 22 unidades médicas en 11 hospitales de Quebec (Canadá). con metodología cuantitativa descriptivo transversa. Concluye que en las unidades hospitalarias médicas y quirúrgicas las enfermeras noveles cometen más eventos adversos (errores de medicación y caídas) y notifican más incidentes que las enfermeras con mayor experiencia que ellas” Las enfermeras que reciben formación previa sobre el funcionamiento de la unidad hospitalaria en la que se incorporan y/o reciben apoyo de otra enfermera durante su incorporación en la misma tienen una percepción más positiva sobre la seguridad del paciente. Las enfermeras de las unidades médicas y quirúrgicas del HUD perciben que las condiciones laborales (dotación de personal, trabajo en equipo y apoyo de la supervisora y niveles superiores jerárquicos del hospital) son factores que influyen en la seguridad del paciente. Las enfermeras con mayor nivel

académico tienen una percepción más positiva de la cultura de seguridad. La percepción del clima de seguridad y la calidad de cuidados de la unidad es paralela” sí ha sido aceptado ya que la calificación media del clima de seguridad fue 7,2 y la percepción mayoritaria (un 71,1%) de la calidad de los cuidados fue de “buena” en una escala de 5 valores (mala regular- aceptable- buena-excelente).

López V. Puentes M. Ramírez A. (6), en el estudio “Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta Colombia 2016” con el objetivo de describir la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de primer nivel, Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español la cual evalúa doce dimensiones. A una muestra de 81 empleados. Por medio de un estudio descriptivo de corte transversal., Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el personal, las transferencias y

transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Se concluyó que, aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso.

Carvalho P. (7), en la investigación sobre “Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud Brasil 2015”. Con el objetivo de evaluar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, de tamaño especial. El método es una investigación descriptiva, transversal, cuantitativa con aplicación del CAS a 226 profesionales. Resultados los participantes se distribuyeron de manera homogénea en el sexo femenino (49,6%) y masculino (50,4) %, promedio de edad de 39,6 años y tiempo de actuación de 9,9 años. Se determinaron los seis dominios propuestos por el cuestionario: percepción del estrés (74,5), satisfacción en el trabajo (70,7) mostraron resultados satisfactorios, clima de trabajo en equipo (59,1) y seguridad (48,9) presentaron puntuaciones por debajo del mínimo recomendado (75); percepciones de gestión de la unidad (44,5), gestión hospitalaria

(34,9) y condiciones de trabajo (41,9) presentaron las puntuaciones medias más bajas. Conclusiones; los resultados mostraron que, desde la perspectiva de los profesionales, hay fragilidad en los valores, actitudes, habilidades y comportamientos que determina la cultura de seguridad en una organización de salud. En cuanto al tiempo de actuación, se observó que los profesionales con más de 5 años de actuación suman del 60% de los participantes, por el tipo de contrato de trabajo, régimen estatutario con los profesionales con la institución. La estabilidad de los profesionales puede contribuir al cambio en el proceso de trabajo, ya que la institución no sufre las consecuencias de las altas tasas de situación de personas.

Salazar, A. (8), en el estudio titulado “Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia Colombia 2020. Con el objetivo de caracterizar la cultura de seguridad del paciente referido por el personal de seis centros de quirúrgicos de Antioquia. Material y métodos: el estudio es multicéntricos transversal descriptivo. Se aplicó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture propuesto a 514 trabajadores del área

de salud. Resultados: en una escala de cero a diez, el promedio del clima de seguridad en los servicios de cirugía es 8. El 62% de las respuestas sobre la percepción de la cultura de la seguridad fue positiva en aprendizaje organizacional/ mejora continua en 81,70%. De los trabajadores; en el trabajo en equipo en el servicio, 81,70%. Se encontraron oportunidades de mejora en dotación de personal (49,98%); respuesta no punitiva a errores (45,98); franqueza en comunicación (44,28). Conclusiones: se detectaron fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad de los pacientes. En cuanto a las fortalezas: el aprendizaje organizacional/mejora continua y el trabajo en equipo en la Unidad / servicio; el resto son oportunidades de mejora.

A nivel nacional:

Martínez V. (9), realizo el estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015”, con el objetivo de determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo,

la con metodología 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). Concluye 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”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

Vergara F. (10), en su investigación sobre “Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2017”, El objetivo fue determinar el grado de relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo. Cuyo método empleado fue hipotético deductivo, tipo descriptivo. El diseño es no experimental y de corte transversal, con una muestra de 102 personal de salud., concluyendo que la cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de

decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de mayo 2017, logrando alcanzar el objetivo general.

Alvaro G. (11), en la investigación sobre “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”, cuyo 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. tipo de Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal; la población estuvo conformada por un total de 41 enfermeras a las cuales se les aplicó el cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture -HSOPSC) como resultado se observó que 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.

Gutiérrez C. Rios K. (12), en su estudio titulado “Carga laboral de la enfermera y cultura de seguridad del paciente - servicio de emergencia de los Hospitales III- MINSA, Arequipa 2016”, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la carga laboral de la enfermera y cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia. La población estuvo conformada por 47 enfermeras de los servicios de emergencia de los hospitales III MINSA de Arequipa, siendo un estudio de tipo descriptivo de corte transversal y diseño correlacional. Los resultados demuestran que la carga laboral del personal de Enfermería del servicio de Emergencia según la escala VACTE es regular en un 42.6%, es considerada grande en un 29.8% e Ideal en un 27.7%. De acuerdo a los resultados de la encuesta Hospital Surveyon Patient Safety Culture – HSOPSC, el 70.2% de las enfermeras tienen una cultura de seguridad regular, 17% cultura de seguridad baja y un 12.8% cultura de seguridad buena, al aplicar la prueba del Chi cuadrado, se encontró que no existe una relación significativa entre la carga laboral de la enfermera y la cultura de seguridad del paciente.

2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

Cultura De Seguridad

La Cultura de Seguridad se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros de Seguridad, y por tanto reducir los índices de frecuencia y gravedad.

El término Cultura de Seguridad, dada por Uttal (1983) define Cultura como un sistema de valores compartidos (lo que es importante) y creencias (cómo funcionan las cosas), que interactúan con la gente, las estructuras y los sistemas de gestión de una organización para producir normas de comportamiento (como se hacen las cosas aquí). (9)

Por su parte Cooper (2000) define la cultura de seguridad como el grado de esfuerzo con el que todos los miembros de una organización dirigen su atención, y sus acciones para mejorar la seguridad en el día a día. (9)

Entendiéndose entonces que el abordaje de los términos de cultura de seguridad está basado en el comportamiento que tienen los integrantes de una organización, este abordaje data desde los años 30 en el que su representante Heinrich examinó miles de informes de accidentes elaborados por supervisores, concluyendo que el 88% de los incidentes en el lugar de trabajo, eran directamente atribuibles a acciones inseguras. (13)

Según evidencias Dan Petersen en 1978 escribió “La gestión de la seguridad: Un enfoque humano”. En el cual hace referencia a la investigación y la escritura de Skinner, el padre del análisis del comportamiento la cual es la base científica en este campo. (13)

Actualmente las investigaciones están dirigidas a demostrar la relación entre los distintos niveles de Cultura de la seguridad de una organización y su efecto sobre el comportamiento seguro.

Principales definiciones en seguridad del paciente

Las definiciones de los términos principales en Seguridad del Paciente, en concordancia con la International Patient Safety Classification propuesta por la World Alliance for Patient Safety de la World Health Organization (WHO/OMS) son las siguientes:
(14)

Accidente: Suceso aleatorio, imprevisto e inesperado, que produce daños al paciente o cualquier otro tipo de daño (materiales, al personal sanitario, etc.) (15)

Acciones de Mejora: El resultado o los resultados de la cultura, los procesos, y las estructuras, que se dirige hacia la prevención del fracaso del sistema y la mejora de la seguridad y la calidad.
(15)

Calidad: El grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de que se den resultados de salud, y son consistentes con el conocimiento profesional actual. (15)

Complicación: Trastorno del paciente que surge durante el proceso de la atención sanitaria, sea cual sea el entorno en el que se dispensa. También enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial. (15)

Daño: Alteración de la estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto perjudicial se deriven de ella. El daño incluye enfermedades, lesiones, sufrimiento, discapacidad y muerte. (16)

Error: Equivocación por acción u omisión en la práctica sanitaria, ya sea en la planificación (error of planning) o en la ejecución (error of execution). El error puede provocar o no la aparición de un evento asistencial adverso. (16)

Evento adverso: Resultado no esperado de un tratamiento sanitario que provoca la prolongación del tratamiento, algún tipo de morbilidad, mortalidad o simplemente cualquier daño que el paciente no debería haber sufrido. Es un concepto amplio que incluye errores, accidentes, retrasos asistenciales, negligencias,

etc., pero no las complicaciones propias de la enfermedad del paciente. Los eventos adversos pueden ser evitables o inevitables. Estudios realizados en diferentes países cifran la tasa de eventos adversos entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50% son considerados evitables en función del tipo de estudio. (17)

Evitabilidad: Aceptada por la comunidad como evitable, en el conjunto particular de circunstancias. (17)

Factor contribuyente: Circunstancia, acción, o influencia, que se cree que ha desempeñado un papel en el origen o desarrollo de un incidente o de aumentar el riesgo de un incidente. (17)

Gestión de riesgos sanitarios: Trata de identificar, evaluar y tratar problemas que pueden causar daño a pacientes, llevar a denuncias de mala práctica, y producir pérdidas económicas innecesarias a los proveedores sanitarios. (17)

Incidente: Evento que "casi" provoca daño al paciente y que es evitado por suerte o por una actuación en el último momento. Diversos estudios estiman que se producen muchos más incidentes que eventos adversos reales. (18)

Negligencia: Error difícilmente justificable debido a la falta de conocimientos o habilidades básicas, omisión de precauciones mínimas, desidia, etc. (18)

Reacción adversa: Daño inesperado resultado de una acción justificada si se siguió el procedimiento correcto para el contexto en el que ocurrió el evento. (18)

Riesgo: La probabilidad de que ocurra un incidente. (18)

Seguridad del paciente (Patient Safety): Seguridad del paciente significa la disminución (o eliminación en la medida de lo posible) de los daños a pacientes derivados de los tratamientos efectuados, o de accidentes asociados con los mismos. (18)

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

En el presente estudio se consideraron 03 dimensiones de la cultura de seguridad relacionadas al servicio de Centro Quirúrgico, al Hospital y a la comunicación.

Cultura de seguridad del servicio

Determinada por la frecuencia de eventos notificados y la percepción de seguridad en el servicio.

- **La frecuencia de eventos notificados:** Identifica eventos que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente y los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. (24)
- **Percepción de seguridad:** Relacionada al ritmo de trabajo y a los procedimientos realizados y su implicancia en la seguridad del paciente, situaciones que se identificaran en el servicio o unidad. (24)

Cultura de seguridad del hospital

- **Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión del Servicio que favorecen la seguridad:** Se identifican las acciones de la jefatura frente a las acciones del personal relacionados al trabajo que se realiza para evitar riesgos en la seguridad del paciente, admite las sugerencias y mide el ritmo de trabajo sin pasar por alto la problemática de seguridad que pueda ocurrir en el servicio. (19)
- **Aprendizaje organizacional, mejora continua:** Tiene en cuenta las actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en la identificación de los fallos en la atención al verificar si se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra nuevamente algún incidente evaluando la efectividad de las acciones. (24)
- **Trabajo en equipo:** Aquí se observa si el personal se apoya y respeta mutuamente para poder terminar el trabajo.
- **Franqueza en la comunicación:** Cuando el personal comunica y puede cuestionar con total libertad a sus

superiores cuando algo puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente. (19)

- **Feed-back y comunicación sobre errores:** Relacionado a la información que recibe el personal sobre las acciones frente a la notificación de algún incidente. (19)
- **Respuesta no punitiva a los errores:** Identifica el uso de la información cuando el personal comete algún error para ser utilizado en su contra. (19)
- **Dotación de personal:** Se identifica la cantidad suficiente de personal para afrontar la carga de trabajo. (19)
- **Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente:** Identifica si la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorezca la seguridad del paciente siendo esta su prioridad y no solo cuando ocurre un suceso adverso. (19)

Comunicación en el servicio

- **Trabajo en equipo entre unidades:** Identifica la cooperación y coordinación entre servicios que tienen que trabajar conjuntamente para proporcionar la mejor atención posible.
- **Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios:** Identifica el manejo entre servicios y los cambios de turno sobre la información del paciente. (19)

Evolución organizacional de la seguridad

Actualmente las organizaciones trabajan los aspectos de seguridad para prevenir eventos negativos y que estos se repitan. Por ello centran sus esfuerzos en la prevención o el control de las causas físicas, la provisión de los equipos y elementos de seguridad individual y en capacitar al personal a cargo, sin embargo, este debe ser un esfuerzo permanente y activo de los trabajadores de una organización, así como también del compromiso de la gerencia. (19)

En todo este desarrollo se presenta la evolución organizacional de la seguridad como un proceso que va desde un cumplimiento

pasivo negativo a un estado comportamental positivo que a continuación detallaremos:

Cultura de Seguridad Negativa. También considerada de Cumplimiento Pasivo. Consiste en asegurar que los programas de formación, las condiciones de trabajo, los procedimientos y los procesos cumplan con las regulaciones. (18)

Cultura de Seguridad Neutra. Considerada de cumplimiento activo como la que promueve la implicación de los trabajadores en las tareas de cumplimiento de las normas y ofrece incentivos al asumir responsabilidades personales. (18)

Cultura de Seguridad Positiva. Considerada de estado comportamental, consiste en enseñar a los trabajadores a identificar riesgos, informando de las lesiones potenciales y de los comportamientos seguros y procedimientos a seguir para prevenirlas. (18)

Según Westrum, Zamorro y Hudson. Las organizaciones en su evolución organizacional se mueven desde una posición negativa hacia una positiva. (18)

Es entonces indispensable según Martínez 2014 que las organizaciones trabajen en el logro de una cultura de seguridad cada vez más positiva, proactiva e interdependiente, capaz de estimular el reporte y control de los fallos o anomalías, que inculque en los empleados asumir la seguridad como un valor de cada una de las cosas que hacemos e inequívocamente se podran minimizar la ocurrencia de los incidentes. (18)

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Faye Glenn Abdellah “Teoría de tipología de los problemas de Enfermería”

Abdellah definió la enfermería como un servicio a los individuos y las familias, por tanto, un servicio a la sociedad. Basada en un arte y ciencia que moldea las actitudes, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera como individuo, en el deseo y la habilidad de ayudar a gente sana o enferma a satisfacer sus necesidades de salud; puede ser llevada a cabo bajo una dirección médica general o específica. (21)

Conceptos de Metaparadigma de Enfermería:

Persona: Describe a la gente como entes con necesidades físicas, emocionales y sociológicas. Estas necesidades pueden ser evidentes, en forma física; oculta o encubierta, como las necesidades sociales o emocionales. Afirma en la tipología que se requieren más enfoques centrados al paciente, sin embargo, en su modelo considera con mayor relevancia resolver el problema para que la persona recupere un estado saludable o al menos soportable. (21)

Sociedad/ Medio Ambiente: Sociedad se incluye en la planificación para una salud óptima a nivel local, nacional e internacional. Sin embargo, mientras se delinea más sus ideas, el enfoque del servicio de enfermería es claramente a la persona. (21)

El medio ambiente es el hogar o la comunidad de la que proviene el paciente.

Salud: Abdellah describe la salud como un estado mutuamente excluyente de la enfermedad, aunque Abdellah no da una

definición de salud, habla de las necesidades totales de salud y un estado saludable de la mente y el cuerpo en su descripción de la enfermería, como un propósito de los servicios de enfermería. La salud también lo define implícitamente como un estado en el cual la persona no tiene necesidades insatisfechas ni deterioros reales o prevenibles. (21)

Enfermería: La enfermería es una profesión de ayuda. Los cuidados de enfermería se describen como hacer algo por o para el paciente o brindar la información a los pacientes con el objetivo de la satisfacción de las necesidades, el aumento o la restauración de la capacidad de autoayuda y aliviar las deficiencias. Considera la enfermería como un servicio integral que se basa en el arte y la ciencia, cuyo objetivo es ayudar a la gente, sana o enferma, a afrontar sus necesidades de salud. (21)

Conceptos principales:

Problemas de Enfermería: Necesidades de salud del paciente pueden ser vistos como problemas, que pueden ser manifestado como un estado evidente o encubierta. Los problemas encubiertos pueden ser emocionales, sociológicos, e interpersonal en la naturaleza, que a menudo se pierden o

percibimos incorrectamente. Sin embargo, en muchos casos, resolver los problemas encubiertas puede resolver los problemas evidentes. (Abdellah, et al, 1960). (21)

El problema de enfermería es una condición que enfrenta el paciente o la familia de este, que la enfermera a través su actuar dentro de sus funciones profesionales pueden ayudarle a satisfacer.

Resolución de problemas: La atención profesional de Enfermería de calidad requiere que las enfermeras sean capaces de identificar y resolver problemas de enfermería evidentes y encubiertas. Estos requisitos se pueden cumplir en el proceso de resolución de problemas, ello consiste en la identificación del problema, la selección de los datos pertinentes, la formulación de hipótesis, comprobación de hipótesis a través de la recopilación de datos, y la revisión de las hipótesis, cuando sea necesario sobre la base de las conclusiones obtenidas de los datos. (Abdellah y Levine, 1986). (21)

Abdellah formuló su modelo como un remedio a los problemas de la enfermería. La tipología de los 21 problemas y habilidades de enfermería fue desarrollada para construir un cuerpo propio

de los conocimientos que constituyen la enfermería. El conocimiento del proceso de resolución de problemas para abordar los problemas de enfermería proporcionaría un método de cambio de tecnología avanzada. La evaluación cualitativa de las experiencias del alumno podría hacerse basada en los problemas de enfermería detectados y solucionados o mejorados, mientras el alumno proporcionaba a los pacientes cuidados de enfermería centrados en ellos. (21)

Esta identificación y clasificación de problemas es lo que llamó “tipología de los 21 problemas de enfermería”. En la cual acepta a la persona con necesidades físicas, emocionales y sociológicas. No las define como básicas. Los cuidados enfermeros: “ayudan al cliente para satisfacer las necesidades de éste, mejorar o restaurar la capacidad de autoayuda o aliviar una afección”. (Atient-Centered Aproches to Nursing 1960). (21)

A- Necesidades físicas, sociales y emocionales del paciente:

1. Mantener buena higiene y comodidad física. Bienestar.
2. Fomentar una actividad óptima: ejercicio, descanso y sueño.

3. Fomentar la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones u otros traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de la infección.
4. Mantener en buen estado la mecánica corporal y prevenir y corregir la deformidad.
5. Facilitar el mantenimiento de una provisión de oxígeno para todas las células del cuerpo.
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos.
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las condiciones de la enfermedad: patológicas, fisiológicas y compensatorias.
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos reguladores y de las funciones.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensorial.
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas.
13. Identificar y aceptar la interrelación de las emociones y la enfermedad orgánica.

14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal efectiva. (21)

B- Los tipos de relaciones personales entre la enfermera y el paciente.

15. Fomentar el desarrollo de relaciones personales positivas.

16. Facilitar el progreso hacia el logro de las metas espirituales personales.

17. Crear y/o conservar un entorno terapéutico. (21)

C- Elementos comunes al cuidado del paciente.

18. Facilitar el conocimiento de sí mismo como individuo con cambiantes necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables.

19. Aceptación de las metas potencialmente óptimas posibles a la luz de las limitaciones físicas y emocionales.

20. Hacer uso de los recursos sociales como una ayuda para resolver problemas derivados de la enfermedad.

21. Entender el papel de los problemas sociales como factores de influencia en las causas de la enfermedad. (21)

La tipología de 21 problemas de enfermería es un modelo conceptual que refiere principalmente a las necesidades de los pacientes y el papel de las enfermeras en la identificación del problema utilizando un enfoque de análisis. El trabajo Abdellah se clasifica en la categoría de la filosofía de enfermería en el sentido de que su trabajo se basa en el análisis, la racionalización, la investigación y la argumentación lógica en lugar de utilizar métodos experienciales. (21)

2.3.DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

A continuación, se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión, el cual está dado por:

Cultura de Seguridad:

La Cultura de Seguridad de una Organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la

importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas (22)

Enfermería: La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Centro Quirúrgico: Área funcional organizada para la realización de intervenciones y procedimientos quirúrgicos. Además, deberá contar con área de recuperación de manera complementaria. Cuenta con médico anesthesiólogo y médicos especialistas según sea el caso quirúrgico y la asistencia de profesional y técnicos de enfermería debidamente capacitados.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de diseño no experimental transversal. (26)

Descriptivo: porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno a analizar.

Transversal: dado que la recolección de datos se da en un único momento. (26)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

POBLACIÓN:

La población o universo de estudio estuvo conformado por 27 participantes ,15 Licenciadas en Enfermería y 12 Técnicos en Enfermería, del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

MUESTRA:

La muestra es por intención no probabilística porque se trabajo con todo el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de Enfermería que labora en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue: Licenciadas en enfermería y Técnicos de enfermería.
- Personal de Enfermería que acepte participar en forma voluntaria previo consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal de enfermería que no labora en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Personal de enfermería de vacaciones
- Personal de enfermería con Certificado de incapacidad temporal.
- Personal de enfermería que no desee participar en la investigación.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se empleó para recolectar la información fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario sobre seguridad de los pacientes Versión española (AHRQ) del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia España 2005. La modalidad fue autoadministrada. (Anexo 1)

Las preguntas del cuestionario se agrupan en 04 secciones con un total de 51 preguntas las cuales pertenecen a las de 12 dimensiones relacionadas con la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad de los pacientes.

Sección A: Su Servicio/Unidad: preguntas del 1-22

Sección B: Su Hospital: preguntas del 23-33

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad: preguntas 34-42

Sección D: Información complementaria: preguntas del 43-51

Las secciones A,B y C se valoran mediante escala tipo Likert, con 5 grados y la sección D cuenta con preguntas relacionadas a la información complementaria.

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	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.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se realizó en base al criterio de expertos en el tema que fueron 05 enfermeros que laboran en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Posteriormente se cumplió con las modificaciones pertinentes al instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos. (Anexo2)

Resultado: Instrumento 01: DPP= 1.00 adecuación total del instrumento.

CONFIABILIDAD

La consistencia interna de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el α de Cronbach, se presenta en la tabla 1. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a

excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño. (Anexo 3)

Dimensión	Alfa de Cronbach*
A. Cultura de seguridad del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue. Tacna	0.88
B. Cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	0.81
C. Comunicación en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	0.73

(*) >06: Aceptable, >07: Buena; >08: Excelente

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en el Hospital Regional de Moquegua, en el área de Centro Quirúrgico. Se tomó en cuenta que la

población tuviera las mismas características a la población objeto de estudio como es el personal de enfermería.

El propósito de la prueba piloto fue conocer la fiabilidad del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para la prueba de validez y confiabilidad.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se procedió a solicitar la Autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue.
- Se coordinó con la Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna informando sobre los objetivos y fines de estudio.
- Se solicitó la participación del personal de Enfermería mediante el consentimiento informado, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- Se aplicó el instrumento al personal de Enfermería utilizando 01 cuestionario, el cual fue respondido en forma voluntaria, previo a consentimiento informado teniendo una duración de 15 minutos aproximadamente.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de la recolección de los datos. Se procedió a la elaboración de la base de datos mediante el soporte estadístico SPSS .

La presentación de resultados se realizó en tablas de una y doble entrada, considerando el planteamiento de los objetivos.

Se realizó la presentación de los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio está enmarcado dentro de las normas éticas y deontológicas del colegio de Enfermeros del Perú, Ley de investigación Biomédica, Ley de protección de datos personales, y El Código de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, asimismo se ejecutó previo consentimiento informado. (Anexo 4)

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación.

TABLA 01
CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO
QUIRÚRGICO SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE TRABAJO
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,
TACNA -2020

		Nº	%
GRADO DE SEGURIDAD	Bajo	0	0.0
	Medio	2	7.4
	Alto	25	92.6
	Total	27	100.0
PROFESION	1979 a 1990	7	25.9
	1991 a 2000	5	18.5
	2001 a 2010	10	37.0
	2011 a 2020	5	18.5
	Total	27	100.0
HOSPITAL	1979 a 1990	6	22.2
	1991 a 2000	2	7.4
	2001 a 2010	13	48.1
	2011 a 2020	6	22.2
	Total	27	100.0
SERVICIO	1979 a 1990	3	11.1
	1991 a 2000	3	11.1
	2001 a 2010	11	40.7
	2011 a 2020	10	37.0
	Total	27	100.0
HORAS LABOR	36 Horas	21	77.8
	48 Horas	6	22.2
	Total	27	100.0
CONTACTO PACIENTE	Si	25	92.6
	No	2	7.4
	Total	27	100.0
CARGO LABORAL	Administracion	0	0.0
	Tecnico Enfermeria	12	44.4
	Enfermero(a)	15	55.6
	Total	27	100.0

Fuente: Hospital Hipólito Unanue – Centro Quirúrgico. Tacna 2020

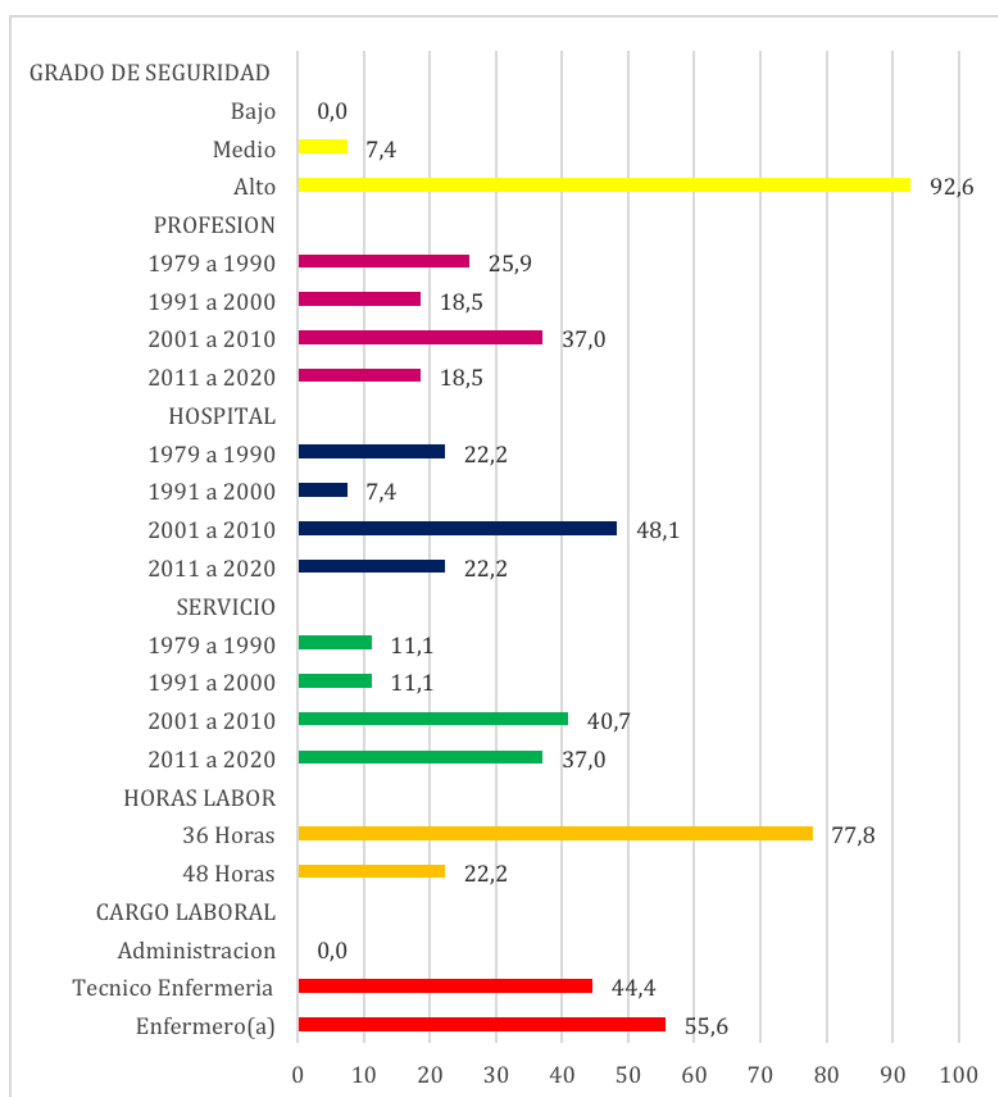
Elaborado por: Lic. Yeny Larico Peralta Lic. Marzy Liliana Rosas Itucayasi

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se aprecia que el grado de seguridad del paciente en el servicio de Centro Quirúrgico es alto con un 92,5%. En cuanto al ejercicio de la profesión es a partir de 2001 a 2010 con un 37%. El ingreso al hospital es a partir 2001 a 2010 con un 48,1%. Su antigüedad en el servicio es a partir de 2001 a 2010 con un 40,7%. Laboran semanalmente con 36 horas en un 77,8%. En cuanto al indicador de contacto con el paciente es si en un 92,6% y el cargo laboral es de Enfermeras con un 55,6% del total de personal de Enfermería.

GRÁFICO 01

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE TRABAJO HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA -2020



Fuente: Tabla N°01

TABLA 02

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN LA DIMENSIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA -2020

Frecuencia de eventos notificados	Nº	%
Negativo	4	14,8
Neutral	18	66,7
Positivo	5	18,5
Total	27	100,0
Percepción de seguridad	Nº	%
Negativo	0	0,0
Neutral	17	63,0
Positivo	10	37,0
Total	27	100,0

Fuente: Hospital Hipólito Unanue

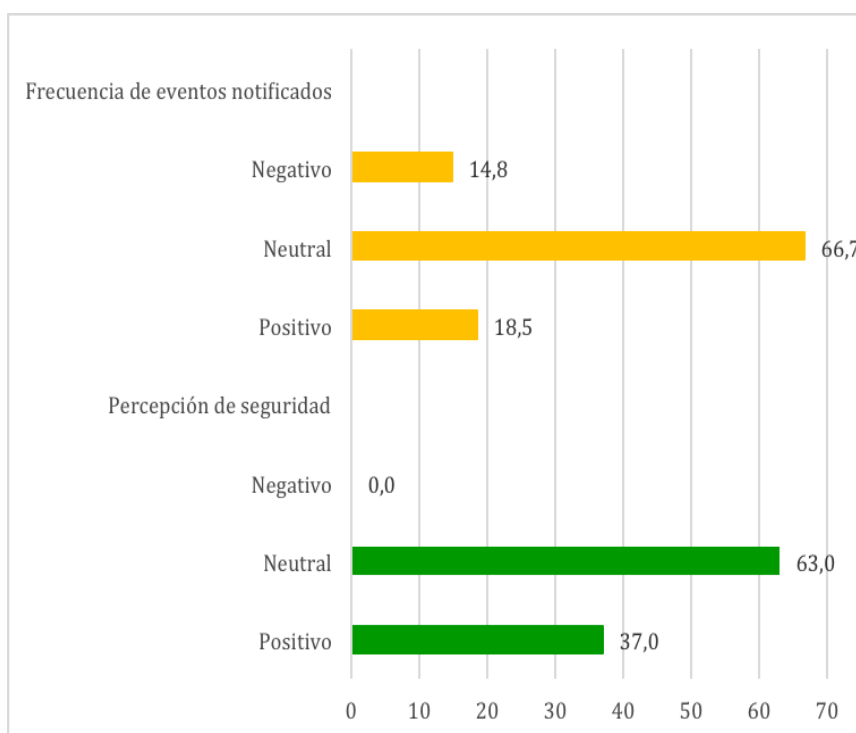
Elaborado por: Lic. Yeny Larico Peralta Lic. Marzy Liliana Rosas Itucayasi

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se aprecia que la cultura de seguridad en el Servicio de Centro Quirúrgico según la frecuencia de eventos notificados es neutral con un 66,7 % y que el indicador percepción de seguridad es neutral con un 63% y positivo con un 37%.

GRÁFICO 02

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN LA DIMENSIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA -2020



Fuente: Tabla N°02

TABLA 03-A**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN LA DIMENSIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA- 2020**

Expectativas y acciones de la dirección	N.º	%
Negativo	0	0,0
Neutral	21	77,8
Positivo	6	22,2
Total	27	100,0
Aprendizaje organizacional	N.º	%
Negativo	3	11,1
Neutral	7	25,9
Positivo	17	63,0
Total	27	100,0
Trabajo en equipo entre unidades	N.º	%
Negativo	0	0,0
Neutral	25	92,6
Positivo	2	7,4
Total	27	100,0
Franqueza en la comunicacional	N.º	%
Negativo	3	11,1
Neutral	19	70,1
Positivo	5	18,5
Total	27	100,0

Fuente: Hospital Hipólito Unanue

Elaborado: Lic. Yeny Larico Peralta Lic. Marzy Liliana Rosas Itucayasi

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla podemos evidenciar que según la cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue en los indicadores de expectativa y acciones de la dirección los resultados dan como neutral con un 77,8%. de igual manera en el indicador de aprendizaje organizacional el aspecto positivo es de 63%. En el indicador de trabajo en equipo entre unidades es neutral en un 92,6%. en la franqueza en la comunicación es neutral con un 70,4%.

TABLA 03-B**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN LA DIMENSIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA -2020**

Feed-back y comunicación	N.º	%
Negativo	1	3,7
Neutral	13	48,1
Positivo	13	48,1
Total	27	100,0
Respuesta no punitiva a los errores	N.º	%
Negativo	6	22,2
Neutral	11	40,7
Positivo	10	37,0
Total	27	100,0
Dotación de personal	N.º	%
Negativo	10	37,0
Neutral	10	37,0
Positivo	7	25,9
Total	27	100,0
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Nº	%
Negativo	6	22,2
Neutral	18	66,7
Positivo	3	11,1
Total	27	100,0

Fuente: Hospital Hipólito Unanue

Elaborado: Lic. Yenny Larico Peralta Lic. Marzya Liliana Rosas Itucayasi

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que en el indicador feed back y comunicación los resultados son neutrales con un 48.1% y positivo con un 48.1%. En el indicador de respuesta no punitiva es neutral los resultados con un

40.7%. En el indicador de dotación de personal es neutral y negativo en un 37%.
Y en el indicador de apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente es neutral con un 66.7%.

TABLA 04

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN LA DIMENSIÓN COMUNICACIÓN EN EL SERVICIO. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA-2020

Trabajo en equipo entre unidades	Nº	%
Negativo	0	0,0
Neutral	25	92,6
Positivo	2	7,4
Total	27	100,0

Problemas en cambios de turno y transiciones	Nº	%
Negativo	7	25,9
Neutral	19	70,4
Positivo	1	3,7
Total	27	100,0

Fuente: Hospital Hipólito Unanue

Elaborado: Lic. Yeny Larico Peralta Lic. Marzy Liliana Rosas Itucayasi

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se evidencia que la Cultura de seguridad del paciente según la dimensión de comunicación en el servicio en los indicadores de trabajo en equipo entre unidades es neutral con un 92,6%. En el indicador de problemas en cambios de turno y transiciones el resultado es neutral con un 70.4%.

TABLA 05

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN LAS DIMENSIONES EN GENERAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA -2020

DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	Negativo		Neutral		Positivo		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Resultado de la Cultura de Seguridad	0	0,0	20	74,1	7	25,9	27	100,0
Nivel de Servicio	0	0,0	24	88,8	3	11,1	27	100,0
Nivel de todo el Hospital	0	0,0	25	92,6	2	7,4	27	100,0

Fuente: Hospital Hipólito Unanue

Elaborado: Lic. Yeny Larico Peralta Lic. Marzy Liliana Rosas Itucayasi

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla según las dimensiones en general los resultados nos dicen que Cultura de seguridad es neutral con un 74,1%, en la dimensión de seguridad a nivel de servicio el resultado es neutral con un 88.9% y en la dimensión de cultura de seguridad a nivel de todo el hospital es neutral con un 92,6%.

4.2 DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados se puede mencionar; en la **Tabla 01** se aprecia que el grado de seguridad del paciente en el centro quirúrgico es alta con un 92,6%. En cuanto al ejercicio de la profesión es a partir de 2001 a 2010 con un 37%. El ingreso al hospital es a partir 2001 a 2010 con un 48,1%. Su antigüedad en el servicio es a partir de 2001 a 2010 con un 40,7%. Laboran semanalmente con 36 horas en un 77,8%. En cuanto al indicador de contacto con el paciente es un 92,6%, y el cargo laboral es de Enfermeras con un 55,6% del total de personal de Enfermería.

En relación al estudio de Carvalho, P. (07), menciona en su trabajo fueron del sexo femenino 49,6% y masculino 50,4% y como conclusiones manifiestas que, desde la perspectiva de los profesionales, hay fragilidad en los valores, actitud, habilidades y comportamiento que determina la cultura de seguridad siendo diferente a los datos encontrados donde se aprecia que el grado de seguridad del paciente en el centro quirúrgico es alta con un 92,6%.

En la **tabla N°02** se aprecia que la dimensión de la cultura de seguridad del servicio la *frecuencia de eventos notificados* es neutral con un 66,7 %. En el indicador *percepción de seguridad* es neutral con un 63% y positivo es con un 37%.

Al respecto el estudio de Salazar, A.(08), difiere al mencionar que el clima de seguridad en los servicios de cirugía es el 62% de las respuestas sobre la percepción de la cultura de la seguridad fue positiva, en aprendizaje organizacional/mejora continua en 81.54%. de los trabajadores. En el trabajo en equipo en el servicio, 81,70% de los trabajadores.

Vasco I. (04), Menciona que la fortaleza que encontró ha sido el trabajo en equipo dentro de la unidad y una dimensión calificada muy positivamente es la labor del supervisor de seguridad del paciente, como debilidad se considera la dotación del personal y como percepción negativa el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente. En el presente trabajo es neutral (punto medio) y solo como fortaleza con un 37%.

En la revisión bibliográfica se encuentra que Cultura de seguridad por Uttal (1983) define la cultura como un sistema de valores compartidos y creencias que interactúan con la gente, a las estructuras y los sistemas de gestión de una organización para producir normas de comportamiento.

La frecuencia de *eventos notificados* constituye una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Y la percepción de seguridad tiene por objeto cuantificar las debilidades y fortalezas en cada subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora.

En la **tabla 03-A** podemos evidenciar que según la dimensión en los indicadores de *expectativa y acciones de la dirección* los resultados dan como neutral con un 77.8%. de igual manera en el indicador de *aprendizaje organizacional* el aspecto positivo es de 63%. En el indicador de *trabajo en equipo* entre unidades es neutral en un 92.6%. en la *franqueza en la comunicación* es neutral con un 70.4%.

Salazar A. (08), en cuanto a su trabajo se encontraron en oportunidades de mejora en *dotación de personal* (49,98); respuesta no punitiva a errores (45,98); y franqueza de comunicación (44,28). El aprendizaje organizacional/ mejora continua y el trabajo en equipo en la Unidad / servicio son percibidas con fortaleza en las seis instituciones; por tanto, el personal es proactivo en relación con la seguridad del paciente. En cuanto al trabajo en equipo dentro de los servicios de cirugía se observó el apoyo mutuo, la colaboración como un equipo, el trato respetuoso y, cuando hay sobrecarga, se cuenta con ayuda de los compañeros.

De igual manera el trabajo en aprendizaje organizacional es positivo.

López V. (6), Nos menciona que las fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente en este trabajo. A diferencia del presente trabajo que es neutral en cuanto a expectativas y acciones de la dirección y en el aprendizaje si dieron los mismos resultados.

Martínez V. (09) menciona que en cuanto al Aprendizaje Organizacional para la mejora continua tuvieron resultados de 55,6% y el Trabajo en equipo dentro del servicio con el 53,3% respectivamente; seguida del 51,1% correspondiendo a las acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes.

Vasco I. (4), concluye en que la enfermera tiene una percepción positiva con respecto a la cultura de seguridad en general sobre la Cultura de seguridad en el Hospital, pero sobre todo la cultura de seguridad que mas positivamente valora es la de su Unidad/ servicio. La fortaleza detectada es el trabajo en equipo dentro de la unidad y la dimensión muy positivamente es la labor de la supervisora en la seguridad del paciente.

El trabajo en equipo dentro del área o servicio debe ser eficiente dentro de la prestación de atención de salud, porque logra un impacto inmediato y positivo en la seguridad del paciente. (9)

El aprendizaje Organizacional es un proceso dinámico de creación de conocimiento que se genera en el seno de la

organización a través de los individuos que la integran y los grupos que ellos conforman, dirigido a la generación y desarrollo de competencias. (09)

En la **tabla 03-B** podemos apreciar que en el indicador Feed back y comunicación los resultados son neutrales con un 48.1% y positivo con un 48.1%. En el indicador de *respuesta no punitiva* es neutral los resultados con un 40.7%. En el indicador de *dotación de personal* es neutral y negativo en un 37%. Y en el indicador de apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente es neutral con un 66.7%.

Martínez V. (09) nos dice que en cuanto a *respuesta no punitiva a los errores con un 68,9%* similar parecido a los resultados de nuestro trabajo. Vasco I. (4), menciona como debilidad que en cuanto a la *dotación de personal* y la percepción de la enfermería del Hospital de Mérida es negativa con respecto al apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente.

La comunicación va a depender del grado de apertura de la comunicación, facilita los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos, además de promover la responsabilidad compartida en la asistencia al paciente.

El apoyo de la dirección para la seguridad del paciente: la mejora de la seguridad debe ser nuestra aspiración máxima, específica y declarada, empezando por la alta dirección de las organizaciones. Las investigaciones indican que cuanto mayor es el grado de compromiso de los dirigentes con la mejora de la seguridad y de los procesos, mayor es también el compromiso de las fuerzas de trabajo. (11)

La respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal: los mayores obstáculos a una discusión abierta de los errores son el miedo y la vergüenza asociados al hecho de hacer públicos los errores y la escasa confianza en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de la calidad. (11)

Tabla 04 En la presente tabla se evidencia que la Cultura de comunicación en el servicio de Centro Quirúrgico en los indicadores de trabajo en equipo entre unidades es neutral con un 92,6%. En el indicador de problemas en cambios de turno y transiciones el resultado es neutral con un 70.4%.

Martínez V. (09), menciona que el trabajo en equipo de los profesionales requiere del desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y en la creación de una atmósfera en la

que todo el personal se siente cómodo hablando cuando creen que existe un problema y así pueden resolver problemas.

Tabla 05 En la presente tabla según las dimensiones en general los resultados nos dicen que en la Cultura de seguridad es neutral con un 74,1%, en la dimensión de seguridad a nivel de unidad/ servicio el resultado es de neutral con un 88.9%. en la dimensión de cultura de seguridad a nivel de todo el personal es neutral con un 92,6%.

Gutiérrez C. (12) nos menciona que la cultura de seguridad es regular con el 70,2% de las enfermeras, el 12,8% tiene una cultura de seguridad buena.

Álvaro G. (11) en su estudio se observó que en ambas instituciones cuentan con una cultura de seguridad de la paciente adecuada. El 84,4% del total respuestas positivas, mientras que en las enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco alcanzan un 59,4% del total de respuestas positivas.

La teoría nos menciona que la Cultura de Seguridad de una Organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la

gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. (22)

CONCLUSIONES:

- Que la cultura de la seguridad del paciente desde la percepción del personal según características es que el grado de seguridad es alto (92,6). En cuanto al ejercicio de la profesión es de 37% entre 2001 a 2010. El ingreso al hospital es entre 2001 a 2010 con un 48,1%, en cuanto a la antigüedad es de 40,7% y laboran semanalmente 36 horas con un 77,8%. La mejor fortaleza está con contacto con el paciente con un 92,6%.
- La cultura de seguridad del paciente desde la percepción de enfermería del centro quirúrgico según la dimensión de seguridad del servicio es que en ambos indicadores es neutro (punto medio) como frecuencia de eventos notificados y percepción de la seguridad.
- En cuanto a la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería según la dimensión de seguridad en el hospital es neutro en los indicadores de expectativas y acciones de la dirección, trabajo en equipo, franqueza con la comunicación, Feed-back, respuesta no punitiva, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la

seguridad del paciente. Y el único indicador positivo es el aprendizaje organizacional.

- Que la cultura de la seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería según la dimensión comunicación en el servicio del centro quirúrgico el resultado es neutral el trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turnos y transiciones.
- Que la cultura de la seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería según las dimensiones en general es neutral (punto medio) en el Hospital Hipólito Unanue.

RECOMENDACIONES:

1. Que se debe capacitar al personal sobre Cultura de seguridad del paciente, del servicio y del hospital para mejorar la percepción del personal siendo un servicio crítico y de mucha responsabilidad.
2. Fortalecer las habilidades blandas en el personal del servicio sobre valores, trabajo en equipo comunicación, se necesita replantear el trabajo del cuidado enfermero.
3. Seguir estudiando el tema desde el visto cualitativo, para evidenciar mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. 2008.
2. Gómez O, Arenas W, Gonzales L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enf. 2011 XVII (3): 97-111.
3. Clendenes M, “Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización en el Perú.” IBEAS-PERÚ. [internet]. Plan de Acción para reducir los eventos adversos de mayor prevalencia en el Perú. Ministerio de Salud. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2009/12/5-ibeas-peruminsa-decsa.pdf>
4. Vasco I. “Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermera del hospital de Mérida”. [Tesis para Optar grado académico de Doctor]. España: Universidad de Extremadura; 2017.

5. Orkaizagirre A.” La cultura de seguridad del paciente de las Enfermeras Hospitalarias” [Tesis para Optar grado académico de Doctor]. España: Universidad Zaragoza; 2016.
6. López V. Puentes M. Ramírez A. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta. [Tesis para Optar grado académico de Maestría Administración en Salud]. Colombia: Universidad del Rosario; 2016.
7. Carvalho P. Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud. Revista latino-americana de enfermagem. 2015. Vol.23 No6: 1041-1048. [Sitio en internet]. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
8. Salazar, A, Restrepo D. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia Colombia. Revista cuidarte.Vol.11 Núm.2 2020: 01-14. [Sitio en internet]. Disponible en <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>.

9. Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015. [Tesis para Optar Título Profesional de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

10. Vergara F. Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. [Título para optar el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud]. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2017.

11. Álvaro D. Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del hospital Carlos Ian Franco la Hoz y la Clínica Santa Isabel, Lima-2018. [Título para optar la segunda especialidad profesional en enfermería en centro quirúrgico]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2018.

12. Gutiérrez C. Ríos K. Carga laboral de la enfermera y cultura de seguridad del paciente - servicio de emergencia de los Hospitales III- MINSA, Arequipa 2016. [Título para optar la segunda especialidad con mención en Emergencia]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017.

13. Martínez O. La gestión de la seguridad basada en los comportamientos. ¿Un proceso que funciona? Artículo de Reflexión. Vol. 61. Medicina y Seguridad del Trabajo. [Sitio en internet] Disponible en https://www.researchgate.net/publication/304252895_La_gestion_de_la_seguridad_basada_en_los_comportamientos_Un_proceso_que_funciona
14. Jiménez S, Ramos, E, Gómez E, Galicia M, Miró O, Sánchez M. Diferencias en relación a la cultura sobre seguridad del paciente entre dos grupos de profesionales, médicos y enfermeras, en el área de urgencias. Emergencias. 2010;22 (Extr): 374.
15. Latino RJ. Optimizing FMEA and RCA efforts in health care. ASHRM Journal. 2004; 24(3): 21-28.
16. Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers et al. The nature of adverse event in hospitalized patients: Result of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991; 324:377-384.

17. Leong P, Afrow J, Weber HP, Howell H. Attitudes toward patient safety standards in U.S. dental schools: a pilot study. *J Dent Educ.* 2008; 72 (4): 431-437.
18. Lavajo L. “Estudio de la cultura de seguridad del paciente en la docencia del grado en Odontología de la Universidad Complutense de Madrid” [Título para optar grado de Doctor]. España: Universidad Complutense de Madrid; 2017.
19. Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad Proyecto CUSEP. Universidad de Murcia España. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
20. Martínez O. El Proceso de Gestión de la Seguridad Basada en los Comportamientos: Actuación de los Supervisores en Empresas de Manufactura. [Título para optar el grado de Doctor en Integración y Desarrollo Económico y Territorial]. España: Universidad de León; 2014. [Sitio en internet]. Disponible en <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5969/Tesis%20Ciro%20Mart%EDnez%20Oropesa.PDF;jsessionid=BFD5B7C42971386D19BC70067AD7130D?sequence=1>

21. García L. "Percepción de los Pacientes sobre el Cuidado de Enfermería en Base a la Tipología de las 21 Necesidades según Faye Abdellah - Servicio de Medicina de un Hospital Nacional, 2014." [Título para optar el Título Profesional de Licenciada de Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
22. Servicio de Salud del principado de Asturias Glosario de la Seguridad del Paciente (SGSP-AUX_1) Versión 2; 2015:1-35. [Sitio en internet]. Disponible en: http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/sgsp_glosario_v2.pdf
23. Martínez C. Agudelo J. Areiza S. Giraldo D. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas. 2017; 17 (33): 277-292.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid; 2005.
25. Aranz J, et al. Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en

profesionales del sistema sanitario de la comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2018; Vol. 92; 8 de agosto e1-e15.

26. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta Ed. México. Mc GrawHill; 2010.

27. García Y. Nader S. Marulanda A. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. Revenfermeria. 2015. Volumen (01).

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Versión española del Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencial.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad en el que labora

	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.					
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder determinarlo					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados personal temporal.					
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10. No se producen más fallos por casualidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					

	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa					
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad de paciente".					
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente					

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

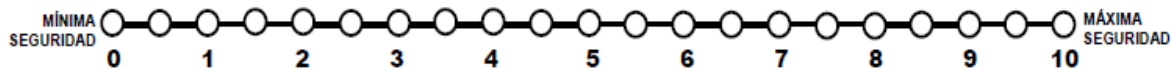
	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad**Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo**

	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi Nunc	A Veces	Casi Siempre	Siempre
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo					
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.



44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año ...
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año ...
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 SI () 2 NO()
50. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1. Administración ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Tecnico enEnfermería ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Enfermero(a) ()	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?	

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO N.º 02
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema: **“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA-2020.”**

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

Procedimiento

Instrumento 01

ENCUESTA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Se construyó una tabla, donde se colocaron los puntajes por ítems y sus respectivos promedios: Los expertos calificaron en valores de uno a cinco, para la forma general. (Deficiente = 1, Bajo = 1, Regular = 3, Buena = 4, Muy buena = 5)

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN					PROMEDIO
	EXPERTOS					
	I	II	III	IV	V	
1. ¿Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	5	5	5	5	5	4,8
2. ¿Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	4	5	5	5	4	4.6
3. ¿Considera Ud. ¿Que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	5	4	5	4	5	4.8
4. ¿Considera Ud. ¿Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	4	5	5	5	5	4.8
5. ¿Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	5	4	5	4	4	4.4
6. ¿Considera Ud. ¿Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	5	5	5	5	5	5.0
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	5	5	5	5	5	5.0
8. ¿Considera Ud. ¿Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	4	4	5	4	4	4.4
9. ¿Considera Ud. ¿Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	5	5	5	5	5	5.0

2. Con los promedios hallados se determinó la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = V(x - y_1) + (x - y_2) + \dots + (x - y_9)$$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En la presente validación la DPP es 1,00

3. Se determinó la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$\text{Donde DPP} = V(y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots + (y_9 - 1)$$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 12,00

4. Con este último valor se construyó una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí.

Asignándoles las letras A, B, C, D, E. que corresponde a:

Escala de valoración		
0,000-2,400	A	Adecuación total
2,401-4,800	B	Adecuación en gran medida
4,801-7,200	C	Adecuación promedio
7,201-9600	D	Adecuación escasa
9,601-12,00	E	inadecuada

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

6. El valor DPP fue 1,00 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

ANEXO N.º 03

Confiabilidad del Instrumento

La consistencia interna se realizó siguiendo las indicaciones de la encuesta original de cada una de las dimensiones en la versión en español, calculando el α de Cronbach, se presenta en la tabla 1. En todos los casos, la fiabilidad es de aceptable a excelente, a pesar de que el número de ítems que incluye cada dimensión es relativamente pequeño y dado que el α de Cronbach tiende a aumentar con el número de ítems considerados¹

Tabla 01

Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario

Dimensión	Alfa de Cronbach*
Notificación de eventos relacionados con la seguridad	0.88
Percepción global de seguridad	0.65
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	0.84
Aprendizaje organizacional/mejora continua	0.68
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	0.82
Franqueza en la comunicación	0.66
Feed-back y comunicación sobre errores	0.73
Respuesta no punitiva a los errores	0.65
Dotación de personal	0.64
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	0.81
Trabajo en equipo entre unidades	0.73
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.74

Se considera que alfa es 0 cuando no existe correlación entre los ítems y cuando la correlación es perfecta, siendo en este caso 0,80 la puntuación media obtenida por las distintas dimensiones del cuestionario, lo que se valora entre buena y excelente.

Dimensión	Alfa de Cronbach*
A. Cultura de seguridad del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue. Tacna	0.88
B. Cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	0.81
C. Comunicación en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	0.73

(*) >06: Aceptable, >07: Buena; >08: Excelente

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	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.(24)

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

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

· $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” ó “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.

· $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” ó “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora o neutra 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.

Calificación del clima de seguridad

La pregunta 43 presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad. Además de este ítem, el número de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad. (24)

ANEXO N.º 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Personal de Enfermería:

Reciba un saludo cordial, somos Enfermeras egresadas de la Segunda Especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico de la UNJBG, nos encontramos en la fase de aplicación y recolección de datos del proyecto de investigación, que lleva como título: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACA 2020" el cual tiene como objetivo 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.

Agradecemos de ante mano su colaboración.

Tacna, de..... del año 2020

Firma

ANEXO N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA-2020

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente, desde la percepción del personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020?	<p>Objetivo General OG: Determinar la cultura de seguridad del paciente, desde la percepción del personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020</p> <p>Objetivos específicos OE1: Describir la Cultura de Seguridad del paciente, desde la</p>	<p>HIPÓTESIS Univariable. Se considera que si la investigación que se realiza es de tipo descriptivo en la cual solo se describe una variable no es una hipótesis. Si por el contrario manejamos dos o más variables para establecer una relación, entonces se maneja una hipótesis</p>	<p>VARIABLE Cultura de seguridad del paciente La Cultura de Seguridad de una Organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y</p>	<p>Tipo de investigación: No experimental</p> <p>Diseño de investigación: Correlacional, prospectivo, transversal</p> <p>Población: Personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico</p> <p>Muestra La muestra fue la misma de la población, siendo 27 profesionales y técnicos de enfermería.</p> <p>Muestreo No probabilístico por</p>	<p>Técnica: la encuesta</p> <p>instrumento: cuestionario sobre seguridad de los pacientes Versión española (AHRQ) del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia España 2005.</p> <p>Modalidad autoadministrada. Las preguntas del</p>

	<p>percepción del personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico según características de trabajo.</p> <p>OE2: Describir la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión de la cultura de seguridad del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue.</p> <p>OE3: Describir la cultura de la seguridad del paciente según la dimensión de la cultura de seguridad del Hospital Hipólito Unanue.</p> <p>OE4: Describir la cultura de la seguridad del</p>		<p>grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas (22)</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia de eventos notificados 2. Percepción 	<p>conveniencia</p> <p>Criterios De Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal de Enfermería que labora en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue: - Licenciadas en enfermería y Técnicos de enfermería. - Personal de Enfermería que acepte participar en forma voluntaria previo consentimiento informado <p>Criterios De Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal de enfermería que no labora en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. - Personal de enfermería de vacaciones - Personal de enfermería con Certificado de incapacidad temporal. - Personal de enfermería que no desee participar en la investigación. 	<p>cuestionario se agrupan en 04 secciones con un total de 51 preguntas las cuales pertenecen a las de 12 dimensiones relacionadas con la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad de los pacientes (24)</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>paciente según la dimensión comunicación en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue.</p>		<p>global de seguridad</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio 6. Franqueza en la comunicación 7. Feed-back y comunicación sobre errores 8. Respuesta no punitiva a los errores 		
--	---	--	--	--	--

			<p>9. Dotación de personal</p> <p>10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p> <p>11. Trabajo en equipo entre unidades</p> <p>12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. (24)</p>		
--	--	--	---	--	--

