



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados
intensivos quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja 2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Stefanny Leandra Pariona Rosas

ASESOR:

Dr. Noel Alcas Zapata

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales

LIMA - PERÚ

2018

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **PARIONA ROSAS, STEFANNY LEANDRA**

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud*, ha sustentado la tesis titulada:

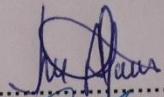
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUEMADOS - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA 2018

Fecha: 1 de setiembre de 2018

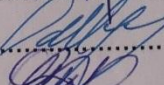
Hora: 10:15 a.m.

JURADOS:

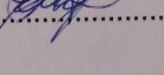
PRESIDENTE: Dr. Luis Nuñez Lira

Firma: 

SECRETARIO: Mg. Santiago Aquiles Gallarday Morales

Firma: 

VOCAL: Dr. Noel Alcas Zapata

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por unanimidad.

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Mejorar redacción APA

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado en primer lugar, a Dios por darme fuerzas para culminar los proyectos que me propongo. A mis padres por darme la educación y valores necesarios para mi desarrollo profesional y personal y por brindarme su apoyo en todo momento.

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo, al Dr. Noel Alcas por brindarme sus conocimientos y orientación para el desarrollo y culminación de la presente investigación. Al Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja por permitirme las facilidades para aplicar el estudio en mi centro laboral.

Declaración de Autoría

Yo, **Stefanny Leandra Pariona Rosas**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado **“Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018”** presentada, en 102 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría. De conformidad con la Resolución de Vicerrectorado Académico N° 00011-2016-UCV-VA. Lima, 31 de marzo de 2016.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, del 2018

Stefanny Leandra Pariona Rosas

DNI: 46093366

Presentación

Señor presidente

Señores miembros del jurado

Presento la Tesis titulada: “Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar el grado académico de Maestra en Gestión Pública.

Esperamos que nuestros modestos aportes contribuyan con algo en la solución de la problemática de la gestión de calidad de servicio relacionado al Servicio de unidad de cuidados intensivos Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018.

La información se ha estructurado en siete capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido por la universidad.

En el primer capítulo se expone la introducción, la misma que contiene la realidad problemática, los trabajos previos, las teorías relacionadas al tema, la formulación del problema, la justificación del estudio, las hipótesis y los objetivos de investigación. Asimismo, en el segundo capítulo se presenta el método, en donde se abordan aspectos como: el diseño de investigación, las variables y su operacionalización, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, los métodos de análisis de datos y los aspectos éticos. Los capítulos III, IV, V, VI, y VII contienen respectivamente: los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias.

Stefanny Leandra Pariona Rosas

Índice

Páginas preliminares	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I Introducción	
1.1 Realidad problemática	14
1.2 Trabajos previos	17
1.3 Teorías relacionadas al tema	22
1.4 Formulación del problema	37
1.5 Justificación del estudio	38
1.6 Objetivos	39
II. Método	
2.1 Diseño de investigación	42
2.2 Variables, operacionalización	44
2.3 Población y muestra	47
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	47
2.5 Métodos de análisis de datos	49
2.6 Aspectos éticos	51
III: Resultados	53
IV: Discusión	62

V: Conclusiones	67
VI: Recomendaciones	69
VIII. Referencias	72
Anexos	
Anexo1. Artículo científico	78
Anexo 2 Matriz de consistencia	86
Anexo 3 Permiso de la institución donde se aplicó el estudio	89
Anexo 4 Confiabilidad de la variable	91
Anexo 5 Base de datos	92
Anexo 6 Cuestionario de seguridad del paciente	93

Índice de tablas

	Pág.	
Tabla 1	Operacionalización de la variable : cultura de seguridad	45
Tabla 2	Tabla de interpretación de valores de Alfa de Cronbach según George y Mallery (2003)	48
Tabla 3	Confiabilidad del instrumento de Variable Cultura de Seguridad del paciente	49
Tabla 4	Edad de la muestra	52
Tabla 5	Tiempo de servicio	53
Tabla 6	Evento adverso	54
Tabla 7	Niveles de cultura de seguridad	55
Tabla 8	Niveles de cultura de seguridad a nivel servicio	56
Tabla 9	Niveles de cultura de seguridad a nivel hospital	57
Tabla 10	Niveles de la variable edad y cultura de seguridad del paciente	58
Tabla 11	Niveles de la variable tiempo de servicio y cultura de seguridad del paciente	58
Tabla 12	Niveles de la variable evento adverso y cultura de seguridad del paciente	59

Índice de figuras

	Pág.	
Figura 1	Proceso de generación de un evento adverso a través de los fallos latentes organizacionales	23
Figura 2	Esquema de diseño de investigación	42
Figura 3	Edad de la muestra	52
Figura 4	Tiempo de servicio	53
Figura 5	Evento adverso	54
Figura 6	Niveles de cultura de seguridad	55
Figura 7	Niveles de cultura de seguridad a nivel servicio	56
Figura 8	Niveles de cultura de seguridad a nivel hospital	57

Resumen

La presente investigación titulada Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2018, pretender conocer y aportar a mejorar la gestión de calidad en el cuidado del sistema de salud de dicho instituto, con el fin de promover estrategias de mejora dirigidas al personal de enfermería quienes brindan la atención directa al paciente.

Dentro del marco metodológico, el método utilizado fue el hipotético deductivo, de tipo descriptivo. Su diseño es no experimental y de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico, utilizando la población total que fue de 50 profesionales de enfermería, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Cultura de Seguridad del paciente, versión traducida al español por Gascón y Saturno de la AHRQ. Respecto a la variable cultura de seguridad, se observó que el 12% percibió un nivel bajo de seguridad, el 66% un nivel medio y el 22% indicaron nivel alto de cultura de seguridad. El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja refirió respecto al nivel de cultura de seguridad a nivel servicio, que el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto. Respecto al nivel de cultura de seguridad a nivel hospital, el 12% percibió un nivel bajo, el 20% un nivel medio y el 68% indicaron nivel alto de cultura de seguridad a nivel hospital. La notificación de eventos adversos solo ocurrió en un 6 %.

Se concluyó que, del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018, el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto de cultura de seguridad del paciente, siendo necesario intervenir con estrategias para mejorar los resultados y garantizar la calidad de atención.

Palabras clave: Enfermería, cultura, seguridad del paciente.

Abstract

The general objective of the study was to determine the level of the safety culture of the patient in the nursery of the intensive care unit Burns of the Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018.

Within the methodological framework, the method used was the hypothetical deductive, of a descriptive type. Its design is non-experimental and cross-sectional. The sampling was non-probabilistic, using the total population of 50 nursing professionals, to whom the Safety Culture Questionnaire of the patient was applied, version translated into Spanish by Gascón and Saturno of the AHRQ. Regarding the safety culture variable, it was observed that 12% perceived a low level of safety, 66% a medium level and 22% indicated a high level of safety culture. The nursing staff of the Intensive Care Unit of the Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja referred regarding the level of safety culture at the service level, that 12% perceived a low level, 82% a medium level and 6% They indicated high level. Regarding the level of safety culture at the hospital level, 12% perceived a low level, 20% a medium level and 68% indicated a high level of safety culture at the hospital level. The reporting of adverse events only occurred in 6%.

Conclusions: According to the statistical evidences, it was found that, of the nursing staff of the Intensive Care Unit of the Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018, 12% perceived a low level, 82% an average level and 6% indicated a high level of patient safety culture.

Keywords: Nursing, culture, patient safety.

I. Introducción

1.1 Realidad Problemática

El término “cultura de seguridad” referido hacia el paciente es considerado uno de los ejes que determina la calidad en la atención y se le está dando cada día más interés en el área de la salud. Mejorar este indicador es una prioridad para los servicios sanitarios.

Durante la 55^o Asamblea Mundial de Salud (2002), se expusieron las evidencias de la documentación referida a la incidencia de eventos adversos que influyen de forma negativa en la calidad derivada de la atención sanitaria. Sus resultados nos mostraron un costo elevado relacionado a estos eventos en cuanto a términos materiales y sociales referidos a los sistemas de salud. Así también, se determinó su importancia como indicador en la vigilancia y conservación del bienestar del usuario. El problema de incurrir en el error durante la atención es un tema que viene siendo abordado con énfasis en los últimos años.

El informe de “Errar es humano” (2011) llegó a una conclusión alarmante, alrededor de 70 000 personas mueren al año como consecuencia de errores que suceden durante la atención sanitaria en los hospitales de Estados Unidos. De los cuales un gran porcentaje de este dato anterior se debe a la administración de medicamentos, error atribuido al personal asistencial, en este caso, enfermería.

Así también, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) afirma:

En los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. (OMS, 2002, p:1)

Por los informes antes mencionados, todos los profesionales sanitarios forman parte importante del cambio personal e institucional en busca de fomentar e implementar iniciativas y estrategias que tengan como objetivo principal disminuir estos indicadores negativos que afectan la salud pública y ponen en riesgo la vida del paciente. A consecuencia, la OMS a través del proyecto “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” busca dar solución a esta problemática proponiendo lineamientos aplicables a todos los niveles de atención en el mundo.

Uno de los estudios más impactantes fue el realizado en Harvard Medical Practice Study (2004, π. 3) que llegaron a la conclusión de que en el 4% de sus pacientes hospitalizados se produce algún tipo de daño en su estancia, y de éste porcentaje, el 70% de éstos eventos llegan a ocasionar incapacidad temporal, y del 14% de los mismos, su consecuencia es la muerte

El análisis de la cultura de seguridad del paciente del profesional de salud es uno de los temas prioritarios que facilitaría la mejora de los sistemas sanitarios con la oportunidad de implementar estrategias de mejora basado en los problemas ya identificados. Este análisis se puede dar en diferentes niveles de la atención médica y se puede identificar también fortalezas y debilidades propias de los miembros del equipo sanitario acerca de la forma cómo abordan su atención.

A raíz de los datos internacionales respecto a la seguridad del paciente, el Ministerio de Salud (Minsa, 2010) realizó un estudio que estableció indicadores que midan los esfuerzos alcanzados, el resultado del mismo fue que se necesitan intervenciones específicas en gestión hospitalaria para cambiar esta situación que genera inadecuada calidad de atención, el uso indiscriminado de los recursos y la inseguridad referida por el mismo paciente.

El Minsa, en su prioridad de mejorar la calidad de atención en salud ha incluido la seguridad del paciente dentro de las políticas de salud, que se refleja en la 8va

Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M. N° 727-2009/MINSA, donde la estrategia “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos” es detallada brindando herramientas de utilidad para el personal de salud. (Minsa, 2009)

El reporte de los incidentes y los eventos adversos en el país tiene aún muchos subregistros que no permiten medir y valorar el daño y los costos reales en cuanto a la atención del paciente. Por lo que se requieren fortalecer las estrategias y cumplir las normativas ya creadas.

Según el Estudio Iberoamericano de eventos adversos (Ibeas) (2013) se estudiaron a 5 hospitales nacionales: Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Santa Rosa y Hospital de Emergencias Grau; donde se encontró que un 39,6% de eventos adversos están asociados a infecciones nosocomiales, un (28%) en eventos adversos asociados a algún procedimiento, mientras que el (8%) estuvo relacionado con la administración de algún fármaco y un (6,9%) relacionado propiamente con los cuidados. Por lo que el profesional de enfermería cumple un papel primordial en el registro correcto y reporte oportuno de los eventos adversos y/o incidentes, y contar con un sistema de registro estandarizado en todos los establecimientos de salud del país.

Con los resultados del presente estudio se busca conocer y analizar la realidad de la cultura de seguridad de la institución en estudio para implementar estrategias y establecer indicadores que contribuyan a la mejora de la cultura de seguridad en el servicio objeto de estudio. Lo cual favorecerá en la reducción de eventos adversos presentados relacionados con la atención de salud. La unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja promoverá así una atención sanitaria de calidad cumpliendo los estándares relacionados con la cultura de seguridad.

1.2 Trabajos previos

1.2.1. Trabajos previos Internacionales

Giraldo y Montoya (2013) realizó en Colombia un estudio titulado *Cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia basado en la percepción del personal asistencial y administrativo*. Su objetivo principal fue analizar la cultura de seguridad en el personal tanto administrativo como asistencial. Fue un estudio de tipo observacional transversal, cuya población fue el 100% de trabajadores que realizaron la encuesta estandarizada AHRQ, instrumento aprobado desde el año 2004. Los resultados encontrados fue de que la cultura de seguridad es todavía un proceso que requiere cambios de conceptos y paradigmas, para esto se sugieren mejorar las prácticas del personal asistencial y estrategias que hagan entender el concepto de seguridad como un tema de responsabilidad que sea compartida en el equipo sanitario para mejores resultados.

Skodova, Velasco y Fernández (2012) realizaron en España la investigación *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*, en su tesis para obtener el grado de magister, con el objetivo de identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente percibida desde los profesionales asistenciales del hospital. El estudio fue de tipo descriptivo transversal a través de la aplicación del cuestionario aprobado del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ). La muestra fue de 476 asistentes sanitarios. El resultado encontrado nos evidencian que el 90.2% de profesionales no realizó la notificación adecuada de algún evento adverso, el promedio de la percepción global en seguridad del paciente fue de 6.57 en una escala decimal. Se recomienda enfatizar en los siguientes ítems: soporte de gerencia, percepción general de la seguridad del paciente y la dotación del personal.

López (2008) elaboró la tesis para optar el grado de Magíster en la Universidad de Antioquía con el tema *Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención*. EL objetivo fue revisar las condiciones de seguridad en relación a la atención sanitaria a los pacientes que se atienden en las instituciones prestadoras de salud (IPS) en el primer nivel de atención. Inicialmente se realizó la búsqueda de toda la información referente a la seguridad del paciente en relación al primer nivel de atención. Seguidamente se propone la evaluación y análisis de las condiciones en seguridad del paciente para así elaborar guías de El trabajo se desarrolló en dos etapas, en la primera se realizó una búsqueda bibliográfica en relación a la seguridad del paciente y la prestación de los servicios de salud, mientras que la segunda se enfoca en los instrumentos para medir dichas condiciones de seguridad y la elaboración de guías y protocolos de autoevaluación para aplicar al usuario interno y externo del primer nivel de atención. En los resultados encontrados se sugirió que la seguridad del paciente está estrechamente relacionado al sistema de garantía de calidad de salud promovido por políticas nacionales e internacionales que unifiquen criterios tanto en los procesos, procedimientos como cultura organizacional reflejados en la atención sanitaria.

DiCuccio (2015) estudió en Estados Unidos, Pensilvania *La relación entre la cultura de seguridad del paciente y los resultados de los pacientes: una revisión sistemática*. El propósito del estudio fue evaluar el estado de la investigación que relaciona la cultura de seguridad del paciente con los resultados del paciente para determinar resultados de pacientes sensibles a enfermeras que se han correlacionado significativamente con la cultura de seguridad y herramientas comúnmente utilizadas para medir el cultivo de seguridad en los estudios con correlaciones. Se consideraron artículos de investigación publicados en inglés solamente para la revisión. Solo se incluyeron aquellos estudios que midieron directamente los resultados de los pacientes en relación con la cultura de seguridad del paciente en hospitales que incluyeron enfermeras registradas como participantes. Los resultados que se obtuvieron fueron que la evidencia de las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente y los resultados del paciente existe en el nivel de análisis de la unidad de enfermería y el

hospital; sin embargo, el número de estudios que encuentran correlaciones estadísticamente significativas, particularmente el uso de resultados sensibles a la enfermera, es limitado. Los hallazgos de esta revisión sugieren que hay tendencias emergentes que indican que las herramientas de medición de la cultura de seguridad del paciente específicas, el nivel de análisis y la selección de las medidas de resultado son consideraciones importantes en el diseño del estudio. Se necesita más investigación para determinar las intervenciones que mejoran la cultura y los resultados de seguridad del paciente.

Orkaizaguirre (2016) en España, realizó una Tesis doctoral acerca de *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. El objetivo principal fue analizar la cultura de seguridad en el grupo ocupacional de enfermería. El estudio fue de tipo observacional descriptivo transversal y el instrumento utilizado fue el cuestionario CEHSP, instrumento que mide seguridad del paciente aplicado a enfermeras a nivel hospitalario. La muestra fue de 260 enfermeras asistenciales del Hospital Universitario Donostia. Dentro de los resultados obtenidos en referencia al clima de seguridad del paciente la calificación promedio fue de 7.2 /10.0 y el 71.1% afirma que la calidad del cuidado brindado por enfermería es bueno.

Martínez (2013) en su tesis de grado de Magister, presentó el estudio *Análisis de la cultura de seguridad del paciente aplicada en la Clínica Las Américas en Colombia* Su objetivo fue analizar la cultura de seguridad relacionada al paciente con el objetivo de determinar la eficacia de las estrategias instauradas en la institución. El estudio fue descriptivo transversal, cuya muestra estuvo constituida por 218 trabajadores de salud que respondieron la encuesta elaborada por la Agency for HealthCare Research and Quality (AHRQ) para evaluar 12 dimensiones en relación con la seguridad del paciente. Las conclusiones que se obtuvieron fue que se necesita implementar estrategias basadas en la educación para superar las carencias y revisar las condiciones laborales que podrían ser una barrera para el fortalecimiento de la estrategia que busca la seguridad del paciente.

1.2.2 Trabajos previos Nacionales

Campos et al (2014) en Trujillo presentó la investigación *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Lazarte Echegaray* y así optar el grado de Maestría en Administración de la Educación. Su objetivo principal fue conocer el nivel de calidad del cuidado brindado por el personal de enfermería en el perioperatorio del hospital en mención. El enfoque fue cuantitativo no experimental, diseño descriptivo y se empleó como técnica la observación directa a través de una ficha. Los resultados encontraron que en la fase preoperatoria respecto a enfermería y la calidad del cuidado brindado en relación a la seguridad integral del paciente solo el 37% afirma que es bueno, mientras que en la fase transoperatoria el 63% refirió que el nivel es bueno, por su parte, en el pos operatorio fue de 70%, con un promedio en la fase perioperatoria de 57%.

Martinez (2015) en Lima, presentó la investigación *Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015*, para optar el título de segunda especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico. El estudio fue de tipo cuantitativo de nivel aplicativo y corte transversal. La muestra fue 45 enfermeras y se aplicó la encuesta “Seguridad del paciente” validado el 2010 por la institución Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOPS). Las conclusiones del estudio fueron que tanto el “grado de apertura de la comunicación”, “comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, “personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “problemas en las transferencias de pacientes o cambio de turno” son los temas prioritarios para buscar estrategias de mejora.

Alvarado (2014) investigó la *Relación entre clima laboral y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval* para obtener el grado de

Magíster en Economía. El objetivo del estudio fue de analizar la relación existente entre la cultura de seguridad en el paciente y el clima organizacional. El estudio fue tipo descriptivo correlacional, utilizaron el instrumento validado español de HPQR. La muestra en estudio fueron de 234 personal de salud (médicos y enfermeros). Los resultados obtenidos afirman la relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente. Los posibles errores podrían ocasionarse en el entorno psicosocial del personal asistencial o en los asistentes administrativos. Las recomendaciones finales son optimizar el sistema de gestión a través de la tecnología, mejorar la cultura organizacional y el clima entre los profesionales de salud.

Viviano (2017) estudió en Lima “*Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima – Perú 2017*”, tuvo como objetivo principal determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera en los pacientes que se atienden en el servicio de Oncología del Hospital Militar Central. El estudio fue de descriptivo diseño cuantitativo. La muestra fue de 13 enfermeras, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario. Los resultados encontrados fueron que la satisfacción promedio del usuario fue 50.6% , teniendo un valor más alto en el área de infraestructura (63%) y el área Resultados un promedio más bajo (53%). Se recomienda una revisión constante de los procesos para la mejora continua de la calidad.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Bases teóricas de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Los principios básicos de la seguridad asistencial se fundamentan en dos líneas de pensamiento en relación a:

La teoría del error de Reason:

El problema del error humano puede verse en 2 sentidos: el enfoque de la persona y el enfoque del sistema. Cada uno tiene su modelo de causalidad de error, y cada modelo da lugar a diferentes filosofías de gestión de errores. Comprender estas diferencias tiene implicaciones prácticas importantes para la investigación con el riesgo de cualquier tipo de práctica clínica. (Reason, 2000, p.768)

La larga tradición del enfoque de la persona se enfoca en los actos inseguros (errores e incumplimiento de procedimientos) de las personas en primera línea: enfermeras, médicos, cirujanos, anestesistas, farmacéuticos y demás. Considera que estos actos inseguros del ser humano se elaboran de forma intencional, tales como el olvido, la falta de atención, la desmotivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia. Las estrategias deben estar dirigidas a minimizar en lo posible las condiciones que ocasionan el error como consecuencia del comportamiento humano.

La premisa básica en el enfoque sistémico es que los humanos son falibles y en ocasiones producen errores, incluso en las mejores instituciones. Los errores son observados como consecuencias más que como causas, teniendo su origen no tanto en la perversidad de la naturaleza humana como factores sistémicos. Estos incluyen trampas de error recurrentes en el lugar de trabajo y el proceso organizacional que les da.

Las personas son vistas como agentes libres capaces de elegir entre modos seguros e inseguros de comportamiento. Si algo sale mal, una persona (o grupo) debe haber sido responsable. Buscar tanto como sea posible para desintegrar los actos inseguros de una persona de cualquier responsabilidad institucional es claramente

evidente en los intereses de los administradores. Sin embargo, el enfoque de persona tiene deficiencias serias y no es adecuado para el dominio médico. De hecho, la adherencia continua a este enfoque es probable que obstaculice el desarrollo de instituciones de atención de la salud más seguras. Aunque algunos actos inseguros en cualquier esfera son atroces, la mayoría no lo son.

La gestión de errores tiene dos elementos: minimizar la incidencia de errores de peligro, lo cual no podrá ser siempre efectivo, así como crear sistemas que sean más capaces de tolerar los errores de ocurrencia y descontarse con sus efectos de mejora. Cuando los seguidores de la persona abordan la mayoría de sus recursos de gestión intentan hacer que los individuos sean menos falibles o díscolos, los partidarios del enfoque sistémico se esfuerzan por un programa de gestión integral dirigido a varios objetivos: el individuo, el grupo de trabajo, la tarea, el área de trabajo y la institución.

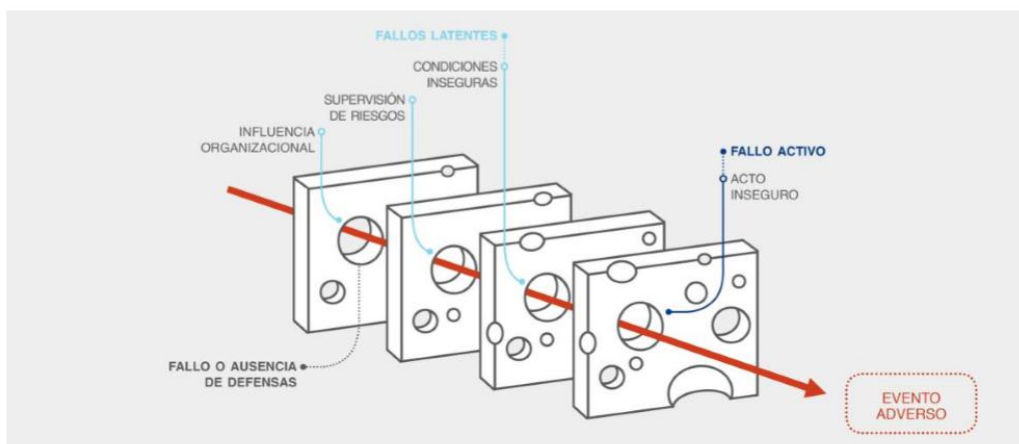


Figura 1: Proceso de generación de un evento adverso a través de los fallos latentes organizacionales

Fuente: Reason J2. Human error: models and management.

Importancia de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es un tema prioritario para todo el personal de salud.

Según la OMS (2003), seguridad del paciente es la disminución del riesgo de daño relacionado con la asistencia sanitaria al menor valor aceptable, mientras que Vincent (2006) la define como “el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la atención sanitaria”.

El principal objetivo en la seguridad del paciente es disminuir el daño y como consecuencia, minimizar el error, que es inherente a la condición humana, y por ende, a la atención de salud.

Consecuencias de la falta de seguridad del paciente

Una de las consecuencias más impactantes son las que hace referencia el informe presentado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en la investigación “To Err is Human” (1999) donde en la revisión de 30000 archivos clínicos, se encontraron que el 3.7% había sufrido algún evento adverso, lo más preocupante fue que de ese porcentaje, el 58% era un evento evitable y el 13.6% culminó en muerte.

En ese trabajo también se realizó una extrapolación a 33.6 millones de hospitalizaciones anuales, concluyendo que podrían producirse entre 44000 y 98000 muertes al año, debido a eventos adversos asociados a la atención sanitaria, que ocasionaría un gasto en salud de entre 17 y 28 billones de dólares al año.

En el año 2016, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en uno de sus estudios de 1999 y extrapolando datos al 2013 determina que la incidencia de muerte por error médico será la tercera causa de la mortalidad en los Estados Unidos, seguido de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. (Villarreal, 2013)

Dentro de las estrategias que propone el informe de “To Err is Human” está crear un sistema estatal y riguroso de reporte de eventos e incidentes, con el fin de detectarlos oportunamente, mejorar los procesos y evitar nuevos errores.

Otra sugerencia es la de estimular a las instituciones y personal de la salud a participar y desarrollar métodos de notificación de errores comunes a través de un sistema organizado y difundido, uso de simuladores con fines didácticos en la mejora de las prácticas seguras, formación de comités de seguridad del paciente, entre otros.

Definiciones de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

La Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos (2004), definió la cultura de la seguridad:

“...el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad, sus componentes, zonas, las percepciones de seguridad, frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente.” (AHRQ, 2004, π. 1)

Esta definición ha sido utilizada en varios estudios por abarcar diversos campos y enfoques en cuanto a la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

La Agencia Nacional para seguridad del paciente (Npsa) (2010, π. 4) en su estudio a la seguridad del paciente, implementó como primer paso el desarrollo de una cultura de seguridad dirigida al paciente con la que los integrantes del equipo de salud tengan la obligación de reconocer responsabilidades en relación a su asistencia sanitaria, así como recordar la posibilidad de error durante ciertos procedimientos, pero si se tiene prioridad a la prevención del error, formará parte de la cultura y se prevendrán posibles futuros errores o incidentes a través del aprendizaje continuo de todo el equipo de salud.

Para mejorar este problema, se proponen tres principios básicos que edificarán la cultura de seguridad, que son: promover una conciencia activa y vigilante al reconocimiento de errores o eventos, usarlos como aprendizaje y proponer acciones de mejora.

Respecto a este tema, el Ministerio de Salud del Perú (Minsa, 2008) decidió emprender un programa para impulsar la seguridad del paciente y priorizarlo dentro de la calidad de la atención, así como el estudio y monitoreo de los eventos adversos, gestión de riesgos y la implementación de una estrategia que favorezca la atención segura y limpia en las instituciones.

Por primera vez, el concepto de la cultura de seguridad se acuñó el año 1988, en un informe sobre el ataque nuclear hacia Chernobyl, Unión Soviética. Dicho concepto ha logrado importancia a nivel mundial en todas las áreas de la industria, específicamente en las de alto riesgo, como la aviación o de la energía nuclear. El concepto clave de la cultura de la seguridad es "la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad". (Ministerio de Seguridad y Protección, 2013)

Según la OMS (2013) la cultura de seguridad puede definirse como:

“...el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad” (OMS, 2013)

Donde se le da importancia a las actitudes individuales de cada persona que significa compromiso con la labor realizada y el respeto hacia el paciente atendido, lo que garantiza una adecuada seguridad hacia el paciente.

De acuerdo con Mora (2014) y respeto a la seguridad del paciente, afirmó lo siguiente:

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. (p. 70)

Lo que concuerda con las políticas de salud pública, donde la notificación de un incidente o evento adverso, así como el fortalecimiento de las estrategias de la cultura de seguridad del paciente, están incluidas en las prioridades.

Alvarado (2014) mencionó que para la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente:

Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado. El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando. Estudiar qué es lo que falló en el sistema, ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que pueden minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente. (ANS, 2014,p. 51-52)

Este concepto se basa en la teoría de Reason, que hace mención a la relación causa efecto de un evento, asumiendo que existen diversos factores que intervienen en la ocurrencia de un incidente o evento adverso, que abarca desde el operador o personal de salud, hasta el sistema de salud que lo respalda.

Por su parte, Fernández (2016) se refirió a la seguridad del paciente como:

La cultura de seguridad admite que las personas, los procesos y la tecnología pueden fallar en algún momento. El nivel cero en errores no existe, pero se deben realizar todos los esfuerzos para prevenirlos y que estos no afecten a los pacientes. (Fernández, 2016, p.25)

Las diferentes estrategias utilizadas para reducir los errores en la asistencia sanitaria deben asumir que estos se producen, generalmente, debidos a fallos del sistema más que a incompetencia de los profesionales y que, además, son inherentes al sistema.

Mientras que Cometto et al. (2011) señalaron que “la cultura de seguridad del paciente es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad” (p.13)

Como indicábamos anteriormente, el personal de enfermería es el profesional de salud con mayor presencia en la atención asistencial al paciente y como tal se va demostrando su crecimiento con aporte científico actualizado, condiciones de trabajo que influyen sobre la seguridad del paciente.

Dimensiones de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

También la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos (2004), estableció y definió las dimensiones en la seguridad del paciente:

La cultura de seguridad, que a su vez involucra a la frecuencia de eventos notificados y percepción de seguridad, en segundo lugar, la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, que involucra a las expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, dotación de personal y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; y como tercera dimensión, y en tercer lugar, cultura de seguridad a nivel de todo el hospital, que involucra el trabajo en equipo entre unidades/servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades. (AHRQ, 2011, p.21)

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2004) publicó un documento llamado “La seguridad del paciente en 7 pasos” que guía hacia las buenas prácticas y busca promover la atención de salud con el mínimo error entre los profesionales y el paciente para optimizar la seguridad del paciente que recibe atención sanitaria en cualquier nivel de resolución.

Sin embargo, los pasos que se describen no son secuenciales, hacen referencia a un proceso de continua mejora tanto para las organizaciones de salud como para cada profesional que atiende un paciente con la finalidad de mejorar y promover la seguridad del mismo, y de ésta manera se desarrollará una cultura segura que se reflejará en los indicadores, en las expectativas del usuario, entre otros indicadores de calidad.

Se cree que la experiencia del paciente debe estar en el corazón de cualquier impulso para que el paciente cuidado más seguro y mejorar la comunicación en el usuario interno y externo ya que es una parte clave de ese esfuerzo. Algunas organizaciones ya están avanzadas en la ruta hacia la seguridad del paciente, pero muchos están empezando a pensar en la mejor manera de abordar los problemas de seguridad del paciente que enfrentan.

Seguir estos pasos ayudará a garantizar que la atención que brinde sea lo más seguro posible, y que cuando las cosas van mal, la acción correcta sea la que se toma. Se alienta a todo el personal que brinda atención de salud conocer y realizar prácticas seguras hacia el paciente.

Los siete pasos señalados, según el AHRQ (2011), son los siguientes:

Paso 1: Construir una cultura de seguridad abierta y justa

Crear una cultura de seguridad debería ser el primer paso hacia una organización más segura. Una de las lecciones clave aprendidas en la industria es que sin los cambios adecuados en la cultura, la perspectiva y la actitud frente a los incidentes y sus causas, es poco probable que se informen y, por lo tanto, se introduzcan cambios. Mejorar una cultura de seguridad ayudará a: reducir el costo humano en términos de pacientes que sufren un aumento del dolor, discapacidad, trauma físico y psicológico y personal que sufre angustia, culpa, vergüenza, pérdida de confianza y pérdida de la moral; mejorar los objetivos nacionales en torno a los tiempos de espera; reducir los requisitos de tratamiento adicional y camas supletorias. Es necesario destinar los recursos para manejar las investigaciones en torno a incidentes, quejas y reclamaciones; reducir los costos financieros y sociales más amplios estimados, que incluyen la pérdida de tiempo de trabajo y los beneficios por discapacidad.

Para ayudar a obtener una adecuada cultura de seguridad, las organizaciones deben realizar una evaluación de referencia de su cultura de seguridad y luego repetirla a lo largo del tiempo para medir la mejora.

Paso 2: Liderazgo y apoyo al personal

El trabajo en equipo efectivo es primordial para el éxito respecto a la seguridad del paciente. Es necesario que haya un enfoque multidisciplinario para la seguridad del

paciente donde todo el grupo sea un jugador igual e interactivo. Un principio rector es “si no estás seguro de que sea seguro, entonces no es seguro” e independientemente de tu posición le dices a tus superiores que no estás seguro de que sea seguro por cualquier medio que esté disponible.

Fundamentalmente, en el cuidado de la salud hay dos mitos clave que deben ser disipados: el mito de la perfección; si lo intentamos lo suficiente, no cometeremos ningún error; el mito del castigo; si se ejerce el castigo, se cometerán menos errores.

Sin embargo, las verdades son: ir más allá de una cultura de culpa no significa una ausencia de responsabilidad; los incidentes son causados por sistemas complejos y factores que afectan a los seres humanos y la forma en que funcionan, como interrupciones, memoria a corto plazo, capacidad de atención, presión, apurarse, fatiga, ansiedad, miedo, aburrimiento, complacencia y hábito; a pesar de algunos casos de alto perfil, la abrumadora mayoría de los incidentes de seguridad del paciente no son causados de forma intencional o por incompetencia por parte de la persona que brinda la atención.

El Npsa ha desarrollado una herramienta para evaluar la culpabilidad individual llamada el Árbol de Decisión de Incidentes. Esta es una herramienta simple pero efectiva que está diseñada para provocar una serie de preguntas que permitan un enfoque sistemático y coherente para el personal, independientemente de la organización o profesión. Se espera que esta herramienta ayude a tranquilizar a los pacientes y al público en que existe un marco formal para evaluar la culpabilidad de las personas involucradas en incidentes de seguridad del paciente y brindar asistencia a los gerentes al revisar las funciones individuales del personal dentro de un incidente. No pretende ser una herramienta para disciplinar al personal, fundamentalmente, hace que los gerentes consideren las fallas del sistema que afectaron el rendimiento.

Paso 3: Integre sus sistemas de gestión de riesgos

Para ser más eficaz, la seguridad del paciente debe ser una parte fundamental de los procedimientos normales de trabajo de la organización. La seguridad del paciente debe involucrar todos los niveles de las actividades de una organización, desde la estratégica hasta la operativa, y ayudar al logro de los objetivos y las metas. En la práctica clínica, la gestión de riesgos significa:

- Garantizar que las instituciones de salud usen similares sistemas para gestionar temas como la seguridad del paciente, la salud y la seguridad, las reclamaciones, los litigios clínicos, los litigios laborales y los riesgos financieros y medioambientales.
- Cuando se consideran la mejora, la modernización y la gobernanza clínica, la gestión de riesgos es un componente clave para cualquier diseño de proyecto.
- Reúna todas las fuentes de información relacionadas con la seguridad y riesgo, como por ejemplo, "datos reactivos", como incidentes del paciente, reclamos respecto a la atención recibida, así como "datos proactivos", como los resultados del riesgo a evaluaciones.
- Usar un enfoque consistente para la capacitación, administración, investigación y el análisis de todos los potenciales riesgos e incidentes reales.
- Aplicar coherencia en los procesos y unir las evaluaciones de riesgos para una organización en todos los niveles. Esto significa que las organizaciones necesitan preparar la planificación de manera más efectiva y aplicar controles para disminuir las consecuencias de los riesgos que ya fueron identificados previamente.
- Usar la información que se obtiene a través de incidentes y monitoreo de riesgos para desarrollar planes comerciales y estrategias futuras.

Paso 4 Promover informes de incidentes

El paso más importante en la búsqueda de la eficacia en la seguridad del paciente es abordar la cuestión más crítica de "por qué las cosas van mal en el cuidado de la salud". La notificación de incidentes es un componente fundamental de la seguridad del paciente, sin embargo, para hacerlo bien, la gestión, revisión y análisis de los incidentes es necesario contar con experticia clínica y un amplio conocimiento del entorno sanitario y de los diversos factores que contribuyen a un mal resultado. Para crear un sistema de atención médica más seguro, se actuó al Npsa con el establecimiento de un sistema nacional de informes y aprendizaje para los incidentes de seguridad del paciente. Esto nos proporcionará información sobre los problemas de seguridad del paciente en todo el servicio de salud con la finalidad de aprender de ellos y proponer soluciones para reducir el riesgo de que el mismo incidente vuelva a ocurrir.

Un incidente de seguridad del paciente se define como: "Cualquier incidente imprevisto o inesperado que podría haber causado o provocó daños a una o más personas que reciban atención médica". (NHS, 2007)

Podría ser un incidente único o una conjunto de incidentes a través del tiempo e incluye incidentes relacionados con la atención directa del paciente y atención indirecta del paciente, como problemas de equipos, escasez de personal, etiquetas confusas, etc. Un incidente de seguridad relacionado con el paciente que afecta a algún paciente, se clasifica de acuerdo con la gravedad del impacto; no hay daño, bajo, moderado, severo, muerte, se muestra a continuación. Los factores clave para la categorización de la gravedad son la condición real del paciente, es decir, la extensión de la lesión o daño, y el nivel de cuidado requerido después del incidente.

Paso 5: Involucra y comunica con tus pacientes y sus familias

En el curso normal de los acontecimientos, si el paciente sufre algún daño, esta información debe compartirse con el paciente y / o los cuidadores y familiares. La apertura es una parte fundamental de la asociación entre los pacientes y sus

proveedores de atención. "Ser abierto" se define como "la discusión entre el personal y los pacientes y sus familiares cuando un incidente de seguridad del paciente ha causado daños"(NHS, 2005).

Los incidentes a los que se impidió que afecten a los pacientes no necesitan ser divulgados a los pacientes pero, no obstante, son esenciales para el aprendizaje. El desarrollo de políticas locales de divulgación ayudará a facilitar el cambio cultural y mejorará la confianza de los pacientes y el público. Tranquilizar a los pacientes y sus familias con las lecciones aprendidas del incidente para reducir la posibilidad de que ocurra nuevamente.

Paso 6: Aprende de tus incidentes

Informar cuando las cosas van mal es esencial en el cuidado de la salud. Pero es solo un fragmento de todo el proceso para mejorar la seguridad del paciente. Lo que es igualmente importante que las instituciones de atención médica analicen las causas de sus incidentes de seguridad y conozcan cómo prevenirlos para que no ocurran con frecuencia o, en el mejor de los casos, no ocurra nuevamente. A menudo, hay muchas causas subyacentes y, en gran porcentaje de los casos, sobrepasan la capacidad del personal o del equipo involucrado.

Las investigaciones han demostrado que los enfoques correctos para la investigación de incidentes tendrá como resultado diversos beneficios en relación a la seguridad del paciente (Wilson, 1995). Éstas incluyen:

- Proporcionar un enfoque organizado y coherente hacia la investigación de incidentes que abarque los entornos de atención.
- Cambiar el enfoque de las personas en la construcción de una cultura justa y abierta.

- Aumentar la conciencia sobre los problemas de seguridad del paciente y demostrar los beneficios de reportar incidentes.
- Ayudar a involucrar a los pacientes en la investigación.
- Enfocar las recomendaciones y cambiar y desarrollar soluciones reales con la finalidad de encontrar el origen del problema.

Paso 7: Implementar soluciones para evitar daños

El objetivo del desarrollo de soluciones es facilitar las cosas y no hacer las cosas mal.

El análisis local y la investigación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente deben guiar a un plan de acción local para garantizar que lo aprendido y corregido se aplique en toda la institución. Las soluciones locales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente deben ser reales, fiables, que cuenten con rentabilidad y sostenibilidad. También necesitan ser validados para asegurarse de que funcionen. Los cambios simples generalmente se propagan más rápido que los complicados.

El personal debe trabajar a través de cada recomendación con el fin de lograr el cambio. El objetivo es que, de todas las causas investigadas, al menos la mayoría pueda ser cambiada, mejorada, supervisada a través de actividades de seguimiento y organización, y así implementarlo de manera efectiva. La mejora y la seguridad del paciente no consiste en incrementar la carga laboral, sino se trata de laborar de manera diferente.

Esto podría incluir el rediseño de sistemas y procesos, los ejemplos reales incluyen el uso efectivo de envases de medicamentos para impulsar el cumplimiento o alertar al personal dispensador y a los pacientes. A diferentes puntos fuertes de la dosis; de sistemas de soporte basados en computadora tales como registros computarizados y sistemas de medicamentos; formas nuevas de etiquetas de fármacos; y modificar la entrega de cuidados disminuyendo los retrasos y efectivizando

el flujo y acceso del paciente; y capacitación, incluidos paquetes de aprendizaje electrónico, capacitación presencial, capacitación de simulación.

Otros ejemplos son en forma de barreras al error. Una barrera se considera una forma de defensa para evitar daños a objetos que son vulnerables. Una barrera en el cuidado de la salud es una obstrucción (por ejemplo, armarios de medicamentos controlados bloqueados) o una acción preventiva (por ejemplo, el uso de una guía de verificación). La acción cuando se ha producido un incidente de seguridad se traduce en que una o más de las barreras han fallado. Esta etapa de desarrollo de la solución se conoce como 'análisis de barrera' (Kecklund, 1996) y se diseñó para conocer: qué barreras deberían haber existido para evitar el incidente; por qué la barrera falló; qué barreras podrían usarse para evitar que el incidente vuelva a suceder.

1.4 Formulación del Problema

En la investigación y durante su desarrollo se plantearon los siguientes problemas:

1.4.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018?

1.4.2 Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el servicio en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el hospital en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018?

1.5 Justificación del estudio

1.5.1 Justificación teórica

La investigación se basó en la recopilación de diversas fuentes de información que busca aportar a la sociedad científica en la generación de nuevo conocimiento.

Cada día, poco más de un millón de habitantes reciben un tratamiento seguro y exitoso en el cuidado de la salud (Ibeas, 2010). Pero, los avances científicos y tecnológicos durante los últimos años, han favorecido a la formación de un sistema sanitario inmensamente complejo. Esta condición trae riesgos, y la evidencia muestra que las consecuencias se reflejarán en el cuidado de la salud. Los efectos de dañar a un paciente son generalizados. Puede producirse consecuencias del tipo somático y psicológico complejos tanto para el paciente como su entorno. Para el equipo de salud

que participa también, los incidentes pueden ser angustiosos, mientras que los miembros de sus equipos pueden desmoralizarse y tornarse descontentos. Los incidentes de seguridad también incurren en costos a través de litigios y tratamiento adicional.

La seguridad del paciente es un tema general para todos los involucrados en el cuidado de la salud, ya sea que trabaje en un rol clínico o no clínico. Abordar la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria de forma colectiva y de forma sistemática puede tener un impacto positivo en la calidad de la atención y la eficiencia de las organizaciones sanitarias.

Es difícil estimar con precisión el grado de daño involuntario a los pacientes a través de la asistencia sanitaria de los estudios actuales. Es probable que haya una importante notificación insuficiente y documentación inadecuada de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente dentro de los registros médicos (la fuente habitual de información sobre daños no intencionales para la mayoría de los estudios).

1.5.2 Justificación práctica

A través de la información que se obtendrá en la presente investigación, la disciplina de enfermería aumentará su campo de conocimiento y se generarán nuevas investigaciones en beneficio del campo asistencial y de la calidad del cuidado brindado.

1.5.3 Justificación metodológica

En la investigación se hará posible aplicar el instrumento que logra medir la cultura de seguridad del paciente que fue elaborado por Agency for Healthcare Research and Quality–AHRQ(2011). En su adaptación al español por Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández.

Siendo el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, un instituto especializado con pocos años de funcionamiento carece de producción científica en relación a la cultura de calidad brindado por el personal asistencial.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018

1.6.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar el nivel de cultura de seguridad en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018.

Objetivo específico 2

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el servicio en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018.

Objetivo específico 3

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el hospital en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

Enfoque

El presente estudio tiene enfoque cuantitativo, debido a que utiliza el método científico y la estadística como herramienta. Hernández, Fernández y Baptista (2014) indica que “la investigación cuantitativa promueve ser lo más “objetiva” posible ya que los fenómenos observables y medibles no debieran ser manipulados por el investigador”. (p.23)

Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías (que explican y predicen) (Hernández et al, 2014, p.15)

Tipo de estudio

La investigación es un estudio de tipo básico, ya que se busca aportar teoría e información relacionada con la variable de estudio y así profundizar su conocimiento. Asimismo, Tamayo (2005) se refirió a la investigación básica como investigación teórica o pura fundamental, la cual no genera resultados inmediatos pero su ventaja radica en que se enriquece la teoría y así al descubrimiento de principios y leyes.

El diseño de la investigación es descriptivo, transversal, no experimental.

Diseño descriptivo

Este tipo de estudio tiene como objetivo describir eventos y fenómenos, es decir, explica cómo se comportan determinadas situaciones.

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Hernández et al, 2014, p.23)

Diseño transversal

Este diseño es transversal o transeccional, porque la información de cada variables se adquirió en un solo contacto con la población o muestra. Al respecto Hernández, et al (2014) afirmaron que: “Diseños transeccionales (transversales) Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (p. 155).

Diseño no experimental

Este estudio tiene diseño no experimental, porque la investigadora no realizado la manipulación de las variables en estudio.. En ese sentido, Hernández, et al. (2014) afirmaron que:

“En cambio, en la investigación no experimental estamos más cerca de las variables formuladas hipotéticamente como “reales” y, en consecuencia, tenemos mayor validez externa (posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones comunes)” (p. 163).



Figura 2

Esquema de diseño de investigación

Donde:

M: Muestra

O1: Observación de la variable X

X: Variable cultura de seguridad

2.2 Variables, Operacionalización

Hernández et col.(2010) en cuanto a la definición de variable, afirman que: “una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (p.93).

2.2.1 Variable Cultura de Seguridad del paciente

Definición conceptual de la variable Cultura de Seguridad del paciente

La Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos (2004), lo define como:

“...el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad, sus componentes zonas las percepciones de seguridad, frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente.” (AHRQ, 2004, π. 1)

Definición operacional de la variable Cultura de Seguridad del paciente

Operacionalmente la variable Cultura de Seguridad se define mediante 3 dimensiones: Cultura de seguridad (7 ítems), cultura de seguridad a nivel de servicio (27 ítems), cultura de seguridad a nivel de hospital (8 ítems).

Que se medirán mediante un cuestionario con escala ordinal con cinco opciones de respuesta: nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4), siempre (5)

2.2.2 Operacionalización de variable

Hernández, et al (2010) definiendo la operacionalización de las variables, concluyeron que es: “el proceso que sufre una variable (o un concepto en general) de modo tal que a ella se le encuentran los correlatos empíricos que permiten evaluar su comportamiento en la práctica” (p. 77).

Tabla 1

Operacionalización de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Dimensiones	Indicadores	N° de Ítems	Escala de medición y valores	Niveles y rangos	
Cultura de Seguridad	Frecuencia de eventos notificados	40, 41, 42		Bajo	[42-97]
	Percepción de seguridad	15, 18, 10, 17	Nunca (1)	Medio	[98-153]
	Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión/ servicio que favorecen la seguridad	19, 20, 21, 22	Casi nunca (2)	Alto	[154-210]
	Aprendizaje organizacional / Mejora continua	6, 9, 13	A veces (3)		
Cultura de seguridad a nivel servicio	Trabajo en equipo en la unidad /servicio	1, 3, 4, 11	Casi Siempre (4)		
	Franqueza en la comunicación	35, 37, 39	Siempre (5)		
	Feedback y comunicación sobre errores	34,36, 38			
	Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16			
	Dotación del personal	2, 5, 7, 14			
	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	23, 30, 31			
Cultura de seguridad a nivel hospital	Trabajo en equipos entre unidades/servicios	26, 32, 24, 28			
	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios y unidades	25, 27, 29, 33			

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población

La población del estudio se conformó por el total de profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja que son 50.

2.3.1 Muestra

El muestreo aplicado fue no probabilístico por conveniencia del investigador, ya que la población es reducida y se busca estudiar a la totalidad de la misma.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada en el estudio fue la recolección de datos por medio de encuesta, como lo menciona Sánchez y Reyes (2015):

“las encuestas se emplean para medir opiniones y sobre todo actitudes sociales, la escala de Likert comprende una proposición que implica una opinión que puede ser cuantificada en una dimensión que va desde el total desacuerdo hasta el total acuerdo” (p.165).

Instrumento de recolección de datos

En la investigación se utilizó la técnica de recolección de datos por medio del cuestionario de cultura de seguridad del paciente adaptado al español por Gascón y Saturno de la AHRQ, instrumento que fue validado por los autores originales y se utilizó en este estudio en su versión original.

Sánchez y Reyes (2015) sostuvieron que “las técnicas de recolección de datos son los medios por los cuales el investigador procede a recoger información requerida

de una realidad o fenómenos en función de los objetivos del estudio. Asimismo, estas técnicas pueden ser directas o indirectas” (p. 151).

Ficha técnica

Instrumento variable1: Cultura de seguridad del paciente

Ficha técnica

Autor: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente – CUSEP- (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)

Año: 2018

Descripción:

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivo: Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Población: 50

Lugar: Unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018

Número de ítems: 42

Aplicación: Directa

Tiempo de aplicación: 15 minutos

Escala de medición: Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en Desacuerdo, de Acuerdo, totalmente de Acuerdo.

Escala: Likert

Niveles	Rango
---------	-------

Bajo	42 – 97
------	---------

Medio	98 - 153
Alto	154 – 210

Validez y confiabilidad

Validez

El instrumento se utilizó en su versión original traducida al español por Gascón et al. (2009) De la versión original de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (1991), que validaron el instrumento y garantiza su aplicabilidad a un escenario como el nuestro.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se midió a través del coeficiente alfa de Crombach.

“La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir... Sin embargo, la situación no es tan simple cuando se trata de variables como la motivación, de la calidad de servicio a los clientes, la actitud hacia un candidato político y menos aún con sentimientos y emociones, así como diversas variables con las que trabajamos en ciencias sociales. La validez es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica.” (Hernández, et al., 2003a)

Tabla 2

Tabla de interpretación de valores de Alfa de Cronbach según George y Mallery (2003)

Valores del Alfa de Cronbach	Niveles
$\alpha \geq 0.9$	Es excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Es bueno
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Es aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Es cuestionable
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Es pobre
$0.5 > \alpha$	Es inaceptable

Tabla 3

Confiabilidad del instrumento de Variable Cultura de Seguridad del paciente

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,954	30

Nota: La fuente se obtuvo de los resultados de la prueba piloto

Interpretación: Los resultados presentan una confiabilidad muy alta con un valor de 0,954 puntos.

2.5 Métodos de análisis de datos

Los datos se analizaron a través del programa informático estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.0, y se realizó la elaboración de la base de datos para la variable ya que el enfoque es cuantitativo.

Una vez recolectados los datos a través del instrumento se procedió al análisis estadístico respectivo con ayuda del programa SPSS y Excel 2010. Dichos datos se tabularon y se presentaron en forma de tablas y gráficas de acuerdo a las dimensiones.

2.6 Aspectos éticos

En el transcurso del proceso de la investigación se respetaron los principios éticos y se garantizó el anonimato de los participantes, anulando la posibilidad de relacionar los resultados obtenidos con el profesional participante.

Durante el contacto con la jefatura y la Oficina de Investigación del hospital se hizo constar lo anterior, también se regularizó el permiso formal para la aplicación del estudio en el servicio. Así como la firma previa del consentimiento informado para su participación voluntaria a la investigación, de la misma forma su revocatoria o no participación, así como el libre retiro del estudio sin dar justificaciones.

Respecto al tema de investigación, cabe señalar que son originales y reales los resultados obtenidos con la finalidad de generar así más temas de investigación y fortalecer las estrategias que promuevan la calidad de atención.

II. Resultados

3.1 Análisis descriptivo de los resultados

3.1.1 Descriptivos

Tabla 4

Edad de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25-30	6	12,0	12,0	12,0
	31-35	22	44,0	44,0	56,0
	36-40	19	38,0	38,0	94,0
	<40	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

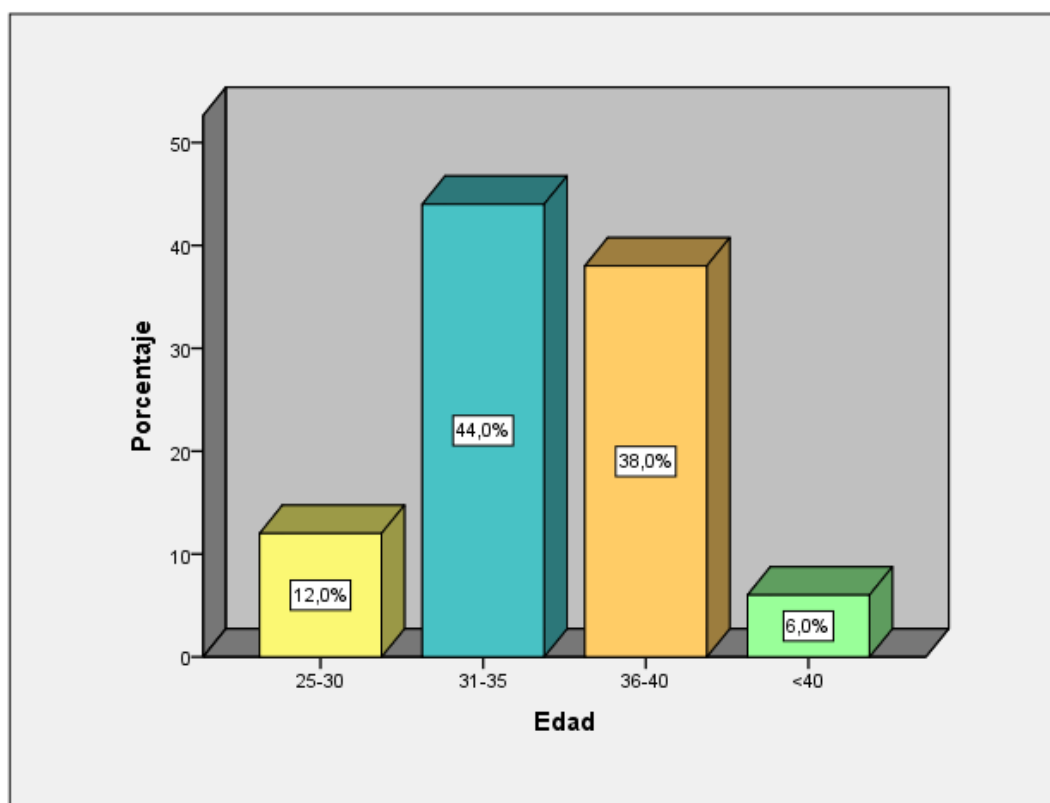


Figura 3. Edad de la muestra

En la tabla 4 y figura 3 se observa que el 12% de la muestra tiene entre 25 y 30 años de edad, el 44% tiene entre 31 a 35 años de edad, el 38% tiene entre 36 a 40 años de edad y el 6% tiene entre 40 años de edad.

Tabla 5

Tiempo de servicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	>5	3	6,0	6,0	6,0
	5-10	44	88,0	88,0	94,0
	<10	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

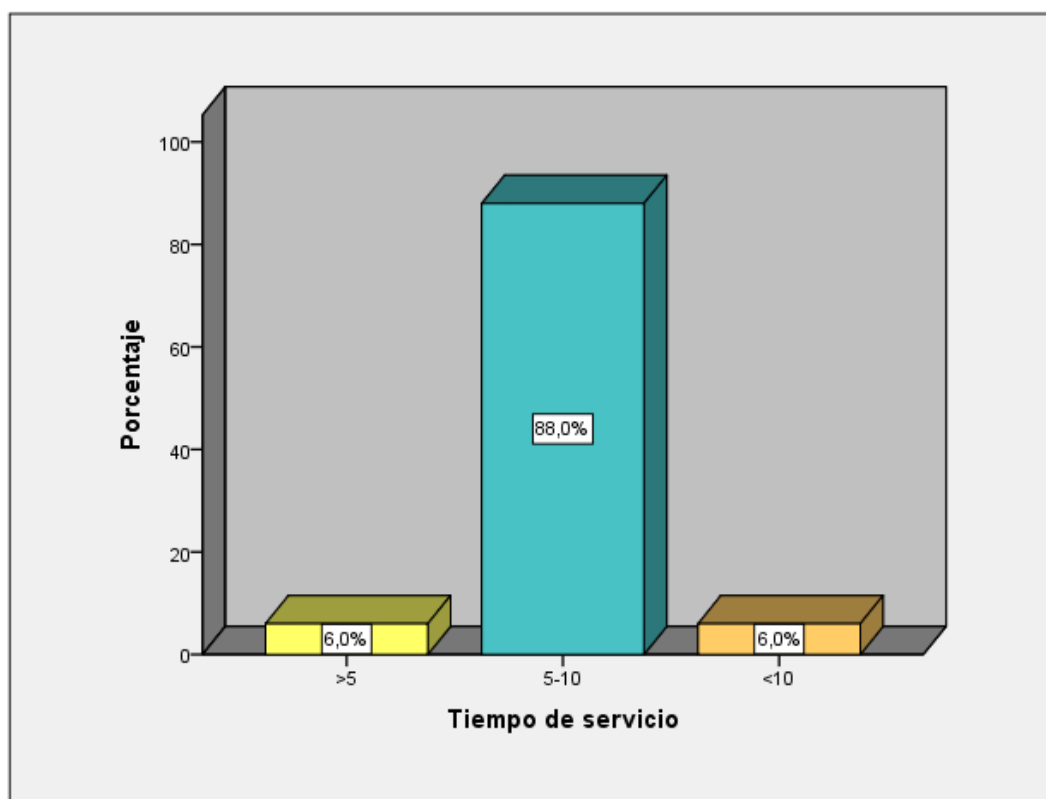


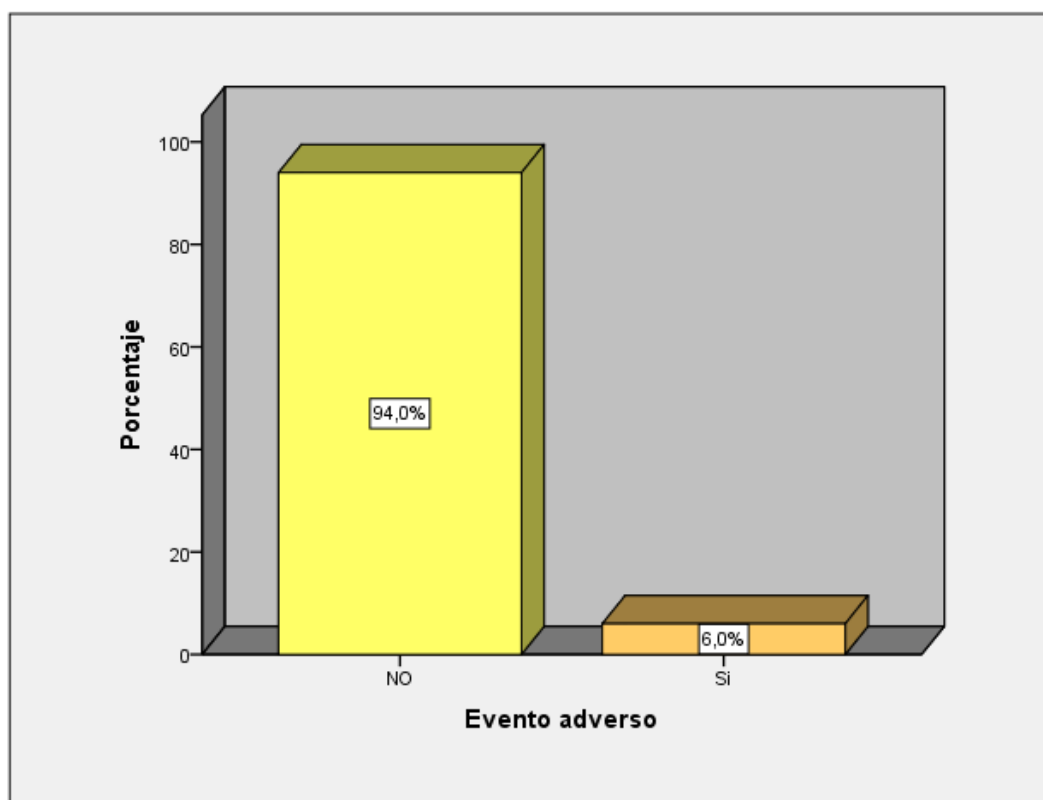
Figura 4. Tiempo de servicio

En la tabla 5 y figura 4 se observa que el 6% tiene menos de 5 años de servicio, el 88% tiene entre 5 a 10 años de servicio y el 6% tiene más de 10 años de servicio.

Tabla 6

Evento adverso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	47	94,0	94,0	94,0
	Si	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Figura 5. *Evento adverso*

En la tabla 6 y figura 5 se observa que el 94% no mencionó ningún evento adverso y el 6% si mencionó un evento adverso.

3.2 Presentación de resultados

3.2.1 Descripción de los resultados de la variable cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018.

Tabla 7

Niveles de cultura de seguridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	6	12,0	12,0	12,0
	Medio	33	66,0	66,0	78,0
	Alto	11	22,0	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

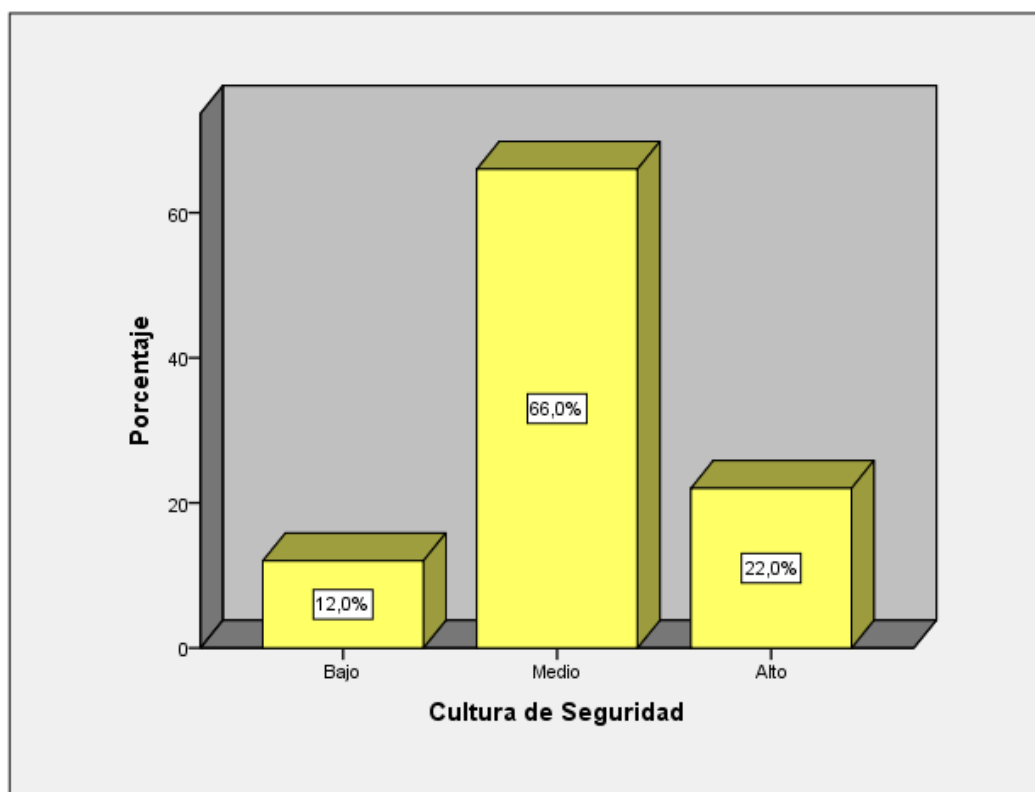


Figura 6. Niveles de cultura de seguridad

Interpretación

En la tabla 7 y figura 6, se observó que, el 12% percibió un nivel bajo, el 66% un nivel medio y el 22% indicaron nivel alto de cultura de seguridad

3.2.2 Descripción de los resultados de la variable cultura de seguridad a nivel servicio en la unidad de cuidados intensivos quemados Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018.

Tabla 8.

Niveles de cultura de seguridad a nivel servicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Bajo	6	12,0	12,0	12,0
Medio	41	82,0	82,0	94,0
Alto	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

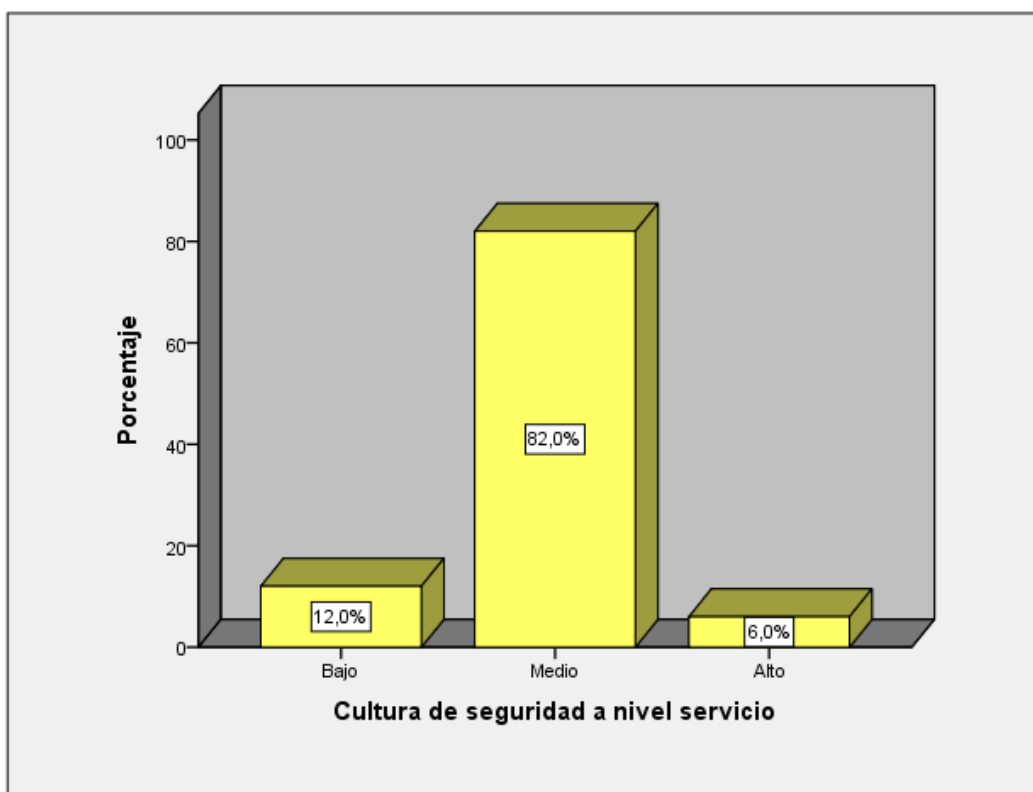


Figura 7. Niveles de cultura de seguridad a nivel servicio

Interpretación

En la tabla 8 y figura 7, se observó que, el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto de cultura de seguridad a nivel servicio.

3.2.3 Descripción de los resultados de la variable cultura de seguridad a nivel hospital en la unidad de cuidados intensivos quemados Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018.

Tabla 9.

Niveles de cultura de seguridad a nivel hospital

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Bajo	6	12,0	12,0	12,0
Medio	10	20,0	20,0	32,0
Alto	34	68,0	68,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

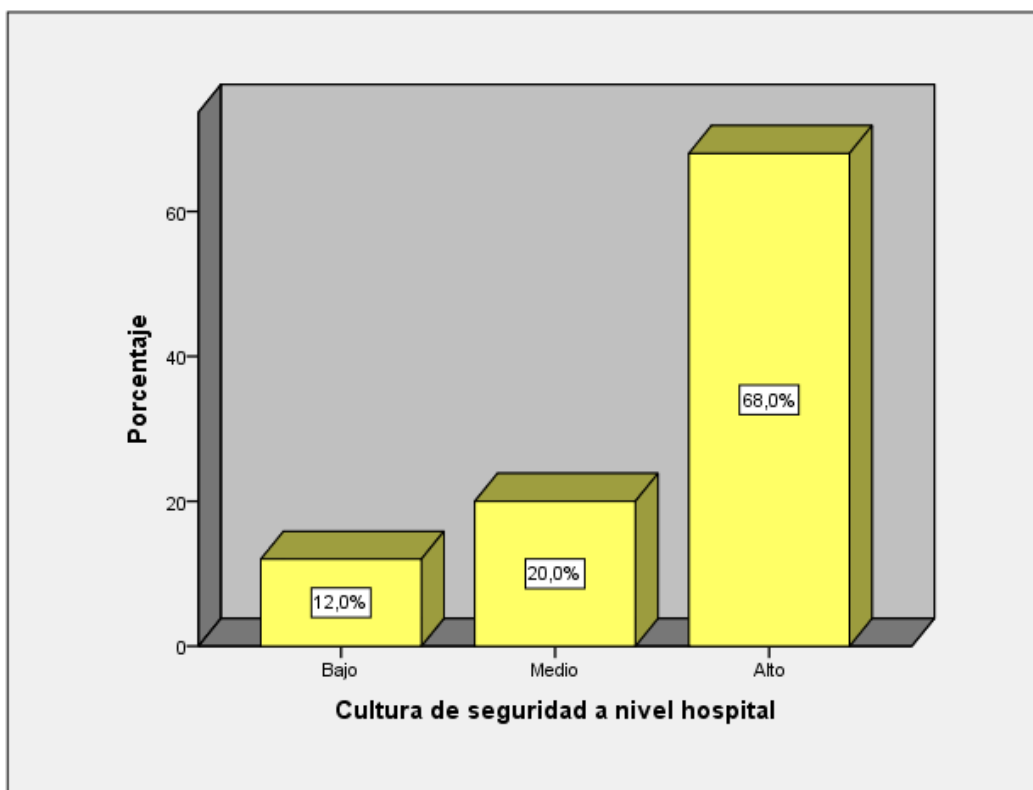


Figura 8. Niveles de cultura de seguridad a nivel hospital

Interpretación

En la tabla 9 y figura 8, se observó que, el 12% percibió un nivel bajo, el 20% un nivel medio y el 68% indicaron nivel alto de cultura de seguridad a nivel hospital.

Tabla 10.

Niveles de la variable edad y cultura de seguridad del paciente

Tabla cruzada Edad*Cultura de seguridad del paciente						
		Cultura de seguridad del paciente				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Edad	25-30	Recuento	6	0	0	6
		% del total	12,0%	0,0%	0,0%	12,0%
	31-35	Recuento	0	22	0	22
		% del total	0,0%	44,0%	0,0%	44,0%
	36-40	Recuento	0	19	0	19
		% del total	0,0%	38,0%	0,0%	38,0%
	<40	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	6,0%	6,0%
Total		Recuento	6	41	3	50
		% del total	12,0%	82,0%	6,0%	100,0%

En la tabla 10 se observa que si la edad esta entre 25 a 30 años el 12% presenta un nivel bajo de cultura de seguridad del paciente, si la edad esta entre 31 a 35 años el 44% presenta un nivel medio de cultura de seguridad del paciente; si la edad esta entre 36 a 40 años el 38% presenta un nivel medio de cultura de seguridad del paciente y si la muestra tiene más de 40 años el 6% presenta un nivel alto de cultura de seguridad del paciente.

Tabla 11.

Niveles de la variable tiempo de servicio y cultura de seguridad del paciente

Tabla cruzada Tiempo de servicio*Cultura de seguridad del paciente						
		Cultura de seguridad del paciente				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Tiempo de servicio	>5	Recuento	3	0	0	3
		% del total	6,0%	0,0%	0,0%	6,0%
	5-10	Recuento	3	41	0	44
		% del total	6,0%	82,0%	0,0%	88,0%

	<10	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	6,0%	6,0%
Total		Recuento	6	41	3	50
		% del total	12,0%	82,0%	6,0%	100,0%

En la tabla 11 se observa que si el tiempo de servicio esta es menor de 5 años el 6% presenta un nivel bajo de cultura de seguridad del paciente, si esta entre 5 a a0 años el 82% presenta un nivel medio de cultura de seguridad del paciente y el 6% presenta un nivel bajo; si la el tiempo de servicio es mayor de 10 años el 6% presenta un nivel alto de cultura de seguridad del paciente.

Tabla 12.

Niveles de la variable evento adverso y cultura de seguridad del paciente

Tabla cruzada Evento adverso*Cultura de seguridad del paciente						
		Cultura de seguridad del paciente				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Evento adverso	NO	Recuento	6	41	0	47
		% del total	12,0%	82,0%	0,0%	94,0%
	Si	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	6,0%	6,0%
Total		Recuento	6	41	3	50
		% del total	12,0%	82,0%	6,0%	100,0%

En la tabla 12 se observa que no se observó ningún evento adverso el 82% presenta un nivel medio y el 12% presenta un nivel bajo de cultura de seguridad del paciente y si se informó algún evento adverso el 6% presenta un nivel alto de cultura de seguridad del paciente.

III. Discusión

El trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer la cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018.

Para obtener los resultados se utilizó el instrumento aprobado y validado a nivel internacional adaptado al español por Gascón y Saturno (2011) que garantiza la consistencia interna del instrumento.

En relación al objetivo general se obtuvo que el nivel de cultura de seguridad obtenida en el estudio, que fue en 66% medio y 22% alto, tiene un promedio menor a estudios como el de Orkaizaguirre (2016) en España y Martínez (2013) en Colombia, países que cuentan con lineamientos políticos y organización en las instituciones de salud que regulan y supervisan la mejora de la calidad de atención a través de la seguridad del paciente.

En los trabajos nacionales de Campos (2014) y Martínez,(2015) que tuvieron un promedio menor al obtenido en el estudio, muestran evidencia que a nivel local, el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja cuenta con una mejor distribución del personal, mejorando los ítems estudiados como sobrecarga laboral, apoyo entre colegas, respaldo por los jefes del servicio, entre otros.

Sin embargo la falta de fortalecimiento de una cultura de seguridad para el paciente se evidencia en el instituto de estudio a través de la no notificación de eventos adversos, de las buenas relaciones entre colegas de diferentes servicios, de la calidad del reporte de enfermería.

En relación a la notificación de los eventos adversos ocurridos, si bien se tiene un porcentaje bajo de reporte, se puede inducir que existen no registros por diversos factores que son motivo de estudio. El reporte de los incidentes y los eventos adversos en el país tiene aún muchos subregistros que no permiten medir y valorar el daño y los costos reales en cuanto a la atención del paciente. Por lo que se requieren fortalecer las estrategias y cumplir las normativas ya creadas. (Minsa, 2010)

Skodova (2012) corrobora la información que se encontró en el estudio, donde se mostró que el 90.2% de los profesionales no reportó ni registró el evento adverso ocurrido. OMS (2002) atribuyó como uno de los factores responsables la falta de cultura de seguridad hacia el paciente el 77% de los eventos adversos ocurridos en los países en desarrollo.

En relación al primer objetivo específico, la cultura de seguridad obtenida fue medio (82%) coincidiendo en forma general con el estudio de Orkaizaguirre (2016), López (2008) con áreas de mejora como la frecuencia de eventos adversos, la notificación de las mismas, dotación de personal, entre otros.

Se concuerda con el estudio de Lopez (2008) en Colombia, que afirma que la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales del área de salud tienen una estrecha relación con el sistema que garantiza la calidad de atención brindada respaldado de las políticas, tanto nacionales como internacionales que se reflejan en los lineamientos que guían los planes operativos institucionales enfocados a la seguridad del paciente, para así guiar y elaborar estrategias efectivas para dicho fin.

Relacionando la edad con el nivel de cultura de seguridad, se encontró que los profesionales que tienen entre 25 y 30 años representan el 12% de nivel bajo. Lo que se relaciona a los años de experiencia, la formación académica, la exigencia de condiciones laborales, entre otros. En el paso 2 de Los siete pasos señalados según el AHRQ (2011) se enfatiza el apoyo al personal, lo que nos traduce a que el personal que recién ingresa y está en proceso de adaptación al servicio, debe ser orientado y formado por el profesional con mayor experticia y que conozca las guías y protocolos de seguridad del paciente en la institución. Resultado que también tiene relación con los años de servicio del personal entrevistado, donde se encontró que quienes tenían más de 5 años de servicio calificaban el nivel de seguridad entre medio y alto.

A pesar que en el país, el Minsa (2009) como parte de su compromiso para la mejora de la calidad de atención, plantea la estrategia "Implementación de

Mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos” como parte de su política nacional de calidad en salud, no se realiza la adecuada difusión de la estrategia así como el monitoreo de los avances en cada establecimiento de salud. El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, es un centro hospitalario de alta complejidad que es referencia a nivel nacional, por lo cual necesita cumplir con todos los estándares de calidad y mejora para lograr ser referente internacional.

En relación al segundo objetivo específico, el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel servicio nos mostró que solo un 6% lo califica como alto, y un 82% como medio. Los ítems que se evalúan son comunicación, trabajo en equipo, apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente, entre otros. El estudio de Martínez (2013) en Lima también encontró que los puntos débiles en la seguridad del paciente son los relacionados a la comunicación, por lo que se reitera la importancia de la mejora en las propuestas de fortalecimiento del clima organizacional y estrategias de claridad en los canales de comunicación en cuanto a la transferencia de información, reporte de evento adverso, fortalecimiento de conocimientos, guías y protocolos de atención, entre otros.

En relación al tercer objetivo específico, la cultura de seguridad del paciente a nivel hospital obtuvo mejores resultados, el 68% lo considera alto y el 20% medio. Los ítems evaluados en este grupo son respecto a trabajo en equipo entre unidades y problemas durante el cambio de turno. Estos resultados se reflejan en las coordinaciones que se realizan entre los servicios para la recepción y entrega de pacientes, la disposición del personal para mejorar las barreras de comunicación y el trabajo en equipo. Mientras que el estudio de Martínez (2015) encontró que uno de los puntos débiles prioritarios fue “personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “problemas en las transferencias de pacientes o cambio de turno”.

Por lo antes discutido, se puede afirmar que los profesionales sanitarios, asistenciales y no asistenciales tienen la responsabilidad de construir una cultura de seguridad adecuada y acorde a los planes de las instituciones de salud, donde la seguridad del paciente sea la prioridad y se vea reflejada en cada acción. Sin

embargo, también son importantes las iniciativas por parte del Estado que respalden dichas actitudes y prácticas, para así lograr reducir el impacto negativo de los incidentes y errores en los procesos de salud.

IV. Conclusiones

Primera:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, se encontró que, del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018, el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto de cultura de seguridad del paciente.

Segunda:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, se encontró que, del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018, el 12% percibió un nivel bajo, el 66% un nivel medio y el 22% indicaron nivel alto de cultura de seguridad

Tercera:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, se encontró que, del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018, el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto de cultura de seguridad a nivel servicio.

Cuarta:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, se encontró que, del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2018, el 12% percibió un nivel bajo, el 20% un nivel medio y el 68% indicaron nivel alto de cultura de seguridad a nivel hospital.

V. Recomendaciones

Primera:

Promover y fomentar la formación de nuevas investigaciones que contribuyan a conocer los factores que intervienen en la cultura de seguridad del paciente de las instituciones de salud del país. Es necesario el apoyo de las unidades de investigación de cada hospital o centro para la asesoría y financiamiento de los mismos.

Segunda:

Con los resultados obtenidos, priorizar la difusión y conocimiento para todo el personal de las políticas públicas relacionados a la calidad de atención y las estrategias e intervenciones del Instituto para el logro de objetivos y mejora de la cultura de seguridad del paciente.

Tercera:

Implementar en la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, estrategias de mejora relacionados a la cultura de seguridad del paciente, clima organizacional, notificación de eventos adversos, promover la educación continua para todo el personal, asistencial y no asistencial.

Cuarta:

Proponer al área de Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, la normatización y difusión sobre la notificación de los eventos adversos y las propuestas de mejora para evitar los nuevos errores.

Quinta:

Organizar e implementar en la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja temas específicos en relación a la comunicación para mejorar la calidad de atención relacionado al personal de enfermería, como la implementación de la técnica SBAR en el reporte de

enfermería para evitar la omisión de información, formatos de chequeo de seguridad para procedimientos invasivos, entre otros.

Sexta:

Coordinar con las jefaturas de enfermería de los servicios relacionados a la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja la conformación de objetivos de mejora y comités de calidad por cada servicio para unificar criterios y promover la cultura de seguridad en la institución.

VI. Referencias

55ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. *Calidad de la atención: seguridad del paciente*. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

Agency for health care research and quality. AHRQ (2010) *Siete pasos para la seguridad del paciente*. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>. Consultado el 24 de Junio de 2018.

Brennan, T. Leape, N., Localio, A., Newhouse, J., Weiller, P. y Hiatt, H.(2004) *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I*. *Qual Saf Health Care* 2004;13:145–152 Disponible en : https://galileo.seas.harvard.edu/images/material/2800/1140/Brennan_IncidenceofAdverseEventsandNegligenceinHospitalizedPatients.pdf

Castañeda, H., Garza, R., González, J., Pineda, M., Acevedo, G., y Aguilera, A. (2013). *Nursing perception of patient safety culture*. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 77-88. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>

DiCuccio, M.(2015) *The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review*. *J Patient Saf*. 2015 Sep;11(3):135-42. doi: 10.1097/PTS.0000000000000058. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24583952>

M. Cometto, P. Gómez, G. dal Sasso (2011) *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Organización Panamericana de la Salud, pp. 1-17 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-percepcion-cultura-seguridad-pacientes-profesionales-S1665706316300720>

Fernández, M. (2016). *Evaluación y mejora de la calidad del proceso farmacoterapéutico en un hospital terciario*. (Tesis doctoral). España: Universidad de Valencia.

Giraldo P, Montoya M. (2013) *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia*. Tesis para optar el grado de maestría. Universidad de Medellín. Colombia.

Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., y Soto, A. (2011). *Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia*. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>

Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. *Organizing for safety: third report of the ACSNI study group on human factors*. Sudbury: HSE Books; 1993., P23

Institute of Medicine. *To err is human: Building a safer health system*. (1999) Disponible en: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>

Kecklund LJ, Edland A, Wedin P, Svenson O. *Safety barrier function analysis in a process industry: a nuclear power application*. *Industrial Ergonomics*, 17 (1996), pp. 275-84

López D, Ríos S, Vélez L. (2008) *Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención Medellín 2008*. Tesis para optar el grado de Especialista. Universidad de Medellín. Colombia

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 el grado de Especialista. Perú

Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios. *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia*. Disponible en: <http://www.cohan.org.co/content/43/files/5%20LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Ministerio de Salud (MINSA) *Documento Técnico: Política nacional de Calidad en salud*. (2009) RM N^o 727 – 2009/MINSA, p. 21- 22.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría general de Sanidad. *Agencia de calidad del sistema nacional de salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005*. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cultura de la Seguridad del Paciente en Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español*. (2009). Recuperado en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-diseno-del-estudio-ibeas-prevalencia-S1134282X11000261?redirectNew=true>

Organización Panamericana de la Salud (2002) 55ª Asamblea Mundial de la Salud. *Calidad de la atención: seguridad del paciente*. Recuperado de: [http:// www.paho.org/Spanish/AD/ThS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/ThS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf).

Organización Mundial de la Salud. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* (2002). Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final

Oficina de Estadística del Hospital Nacional Dos de Mayo. *Informe Anual 2013*. Consultado el 3 de Marzo del 2018

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. *Calidad de la atención: seguridad del paciente*. Mayo de 2002. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

Orkizagirre, A. *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. 2015. Tesis para optar el grado de Doctor en Enfermería y Fisiatría. Colombia. Universidad de Zaragoza. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/48392/files/TESIS-2016-139.pdf>

Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320(7237):768-770. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf>

Roqueta E, Tomás S, Chanovas M. (2011) *Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español*. *Emergencias* 2011; 23: 356-364.

Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). (2008) *Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos*. Disponible en: http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf.

Škodová M, Velasco MJ, Fernández MA. *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*. *Rev Calid Asist.* 2011;26:33-8.

Villarreal J., Gómez D., Bosques F. (2011). *Errar es humano*. *Medicina Universitaria*, 13, 69-71.

Vincent, C. *Patient safety* (2006). Churchill-Livingstone, London. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672825/>

Anexos



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente en la unidad de
cuidados intensivos quemados - Instituto Nacional de
Salud del Niño San Borja 2018**

Br. Stefanny Leandra Pariona Rosas

Escuela de Pos grado

Universidad César Vallejo Filial Lima

Resumen

La presente investigación titulada Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2018, pretende conocer y aportar a mejorar la gestión de calidad en el cuidado del sistema de salud de dicho instituto. El método utilizado fue el hipotético deductivo, de tipo descriptivo. Su diseño es no experimental y de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico, utilizando la población total que fue de 50 profesionales de enfermería, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Cultura de Seguridad del paciente, versión traducida al español por Gascón y Saturno de la AHRQ. Respecto a la variable cultura de seguridad, se observó que el 12% percibió un nivel bajo de seguridad, el 66% un nivel medio y el 22% indicaron nivel alto de cultura de seguridad. El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja refirió respecto al nivel de cultura de seguridad a nivel servicio, que el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto. Se recomienda fortalecer las estrategias que mejoren la cultura de seguridad en el equipo de salud.

Palabras clave: enfermería, cultura, seguridad del paciente.

Abstract

The present research entitled Culture of patient safety in the burned intensive care unit of the National Institute for Child Health, 2018, seeks to know and contribute to improving quality management in the care of the health system of said institute. The method used was the hypothetical deductive, descriptive type. Its design is non-experimental and cross-sectional. The sampling was non-probabilistic, using the total population of 50 nursing professionals, to whom the Safety Culture Questionnaire of the patient was applied, version translated into Spanish by Gascón and Saturno of the AHRQ. Regarding the safety culture variable, it was observed that 12% perceived a low level of safety, 66% a medium level and 22% indicated a high level of safety culture. The nursing staff of the Intensive Care Unit of the National Institute of Child Health San Borja referred regarding the level of safety culture at the service level, that 12% perceived a low level, 82% a medium level and

6% They indicated high level. It is recommended to strengthen strategies that improve the safety culture in the health team.

Key words: nursing, culture, patient safety.

Introducción

El término “cultura de seguridad” referido hacia el paciente es uno de los ejes que determina la calidad en la atención y se le está dando cada día más interés en el área de la salud. Mejorar este indicador es una prioridad para los servicios sanitarios. Durante la 55^o Asamblea Mundial de Salud (2002), se expusieron las evidencias de la documentación referida a la incidencia de eventos adversos que influyen negativamente en la calidad de la atención sanitaria. Sus resultados nos mostraron un costo elevado relacionado a estos eventos en cuanto a términos materiales y sociales referidos a los sistemas de salud. Así también, se determinó su importancia como indicador en la vigilancia y conservación del bienestar del usuario. El problema de incurrir en el error durante la atención es un tema que viene siendo abordado con énfasis en los últimos años. Según el Estudio Iberoamericano de eventos adversos (Ibeas) (2013) se estudiaron a 5 hospitales nacionales: Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Santa Rosa y Hospital de Emergencias Grau; donde se encontró que un 39,6% de eventos adversos están asociados a infecciones nosocomiales, un (28%) en eventos adversos asociados a algún procedimiento, el (8%) relacionados con la administración de un fármaco y un (6,9%) relacionado propiamente con los cuidados. Por lo que el profesional de enfermería cumple un papel primordial en el registro correcto y reporte oportuno de los eventos adversos y/o incidentes, y contar con un sistema de registro estandarizado en todos los establecimientos de salud del país.

Antecedentes del problema

Skodova, Velasco y Fernández (2012) realizaron en España la investigación *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel*, en su tesis para obtener el grado de magister, con el objetivo de

identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente percibida desde los profesionales asistenciales del hospital. El estudio fue de tipo descriptivo transversal a través de la aplicación del cuestionario aprobado del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ). La muestra fue de 476 asistentes sanitarios. El resultado encontrado nos evidencian que el 90.2% de profesionales no realizó la notificación adecuada de algún evento adverso, el promedio de la percepción global en seguridad del paciente fue de 6.57 en una escala decimal. Se recomienda enfatizar en los siguientes ítems: soporte de gerencia, percepción general de la seguridad del paciente y la dotación del personal.

Viviano (2017) estudió en Lima “*Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima – Perú 2017*”, tuvo como objetivo principal determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera en los pacientes que se atienden en el servicio de Oncología del Hospital Militar Central. El estudio fue de descriptivo diseño cuantitativo. La muestra fue de 13 enfermeras, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario. Los resultados encontrados fueron que la satisfacción promedio del usuario fue 50.6% , teniendo un valor más alto en el área de infraestructura (63%) y el área Resultados un promedio más bajo (53%). Se recomienda una revisión constante de los procesos para la mejora continua de la calidad.

Revisión de la literatura

La Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos (2004), definió la cultura de la seguridad:

“...el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad, sus componentes, zonas, las percepciones de seguridad, frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente.” (AHRQ, 2004, π. 1)

También la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos (2004), estableció y definió las dimensiones en la seguridad del paciente:

La cultura de seguridad, que a su vez involucra a la frecuencia de eventos notificados y percepción de seguridad, en segundo lugar, la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, que involucra a las expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, dotación de personal y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; y como tercera dimensión, y en tercer lugar, cultura de seguridad a nivel de todo el hospital, que involucra el trabajo en equipo entre unidades/servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades. (AHRQ, 2011, p.21)

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2004) publicó un documento llamado “La seguridad del paciente en 7 pasos” que guía hacia las buenas prácticas y busca promover la atención de salud con el mínimo error entre los profesionales y el paciente para optimizar la seguridad del paciente que recibe atención sanitaria en cualquier nivel de resolución.

Problema

En la investigación, se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018?

Objetivo

El objetivo general del estudio fue Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja- 2018.

Método

Dentro del marco metodológico, el método utilizado fue el hipotético deductivo, de tipo descriptivo. Su diseño es no experimental y de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico, utilizando la población total que fue de 50 profesionales de enfermería, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Cultura de Seguridad del paciente, versión traducida al español por Gascón y Saturno de la AHRQ.

Resultados

Respecto a la variable cultura de seguridad, se observó que el 12% percibió un nivel bajo de seguridad, el 66% un nivel medio y el 22% indicaron nivel alto de cultura de seguridad. El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja refirió respecto al nivel de cultura de seguridad a nivel servicio, que el 12% percibió un nivel bajo, el 82% un nivel medio y el 6% indicaron nivel alto. Respecto al nivel de cultura de seguridad a nivel hospital, el 12% percibió un nivel bajo, el 20% un nivel medio y el 68% indicaron nivel alto de cultura de seguridad a nivel hospital. La notificación de eventos adversos solo ocurrió en un 6 %.

Discusión

En relación al objetivo general se obtuvo que el nivel de cultura de seguridad obtenida en el estudio, que fue en 66% medio y 22% alto, tiene un promedio menor a estudios como el de Orkaizaguirre (2016) en España y Martínez (2013) en Colombia, países que cuentan con lineamientos políticos y organización en las instituciones de salud que regulan y supervisan la mejora de la calidad de atención a través de la seguridad del paciente. En los trabajos nacionales de Campos (2014) y Martínez,(2015) que tuvieron un promedio menor al obtenido en el estudio, muestran evidencia que a nivel local, el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja cuenta con una mejor distribución del personal, mejorando los ítems estudiados como sobrecarga laboral, apoyo entre colegas, respaldo por los jefes del servicio, entre otros. Sin embargo la falta de fortalecimiento de una cultura de seguridad para el paciente se evidencia en el instituto de estudio a través de la no notificación de eventos adversos, de las buenas relaciones entre colegas de

diferentes servicios, de la calidad del reporte de enfermería. En relación a la notificación de los eventos adversos ocurridos, si bien se tiene un porcentaje bajo de reporte, se puede inducir que existen no registros por diversos factores que son motivo de estudio. El reporte de los incidentes y los eventos adversos en el país tiene aún muchos subregistros que no permiten medir y valorar el daño y los costos reales en cuanto a la atención del paciente. Por lo que se requieren fortalecer las estrategias y cumplir las normativas ya creadas. (Minsa, 2010) A pesar que en el país, el Minsa (2009) como parte de su compromiso para la mejora de la calidad de atención, plantea la estrategia “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos” como parte de su política nacional de calidad en salud, no se realiza la adecuada difusión de la estrategia así como el monitoreo de los avances en cada establecimiento de salud. El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, es un centro hospitalario de alta complejidad que es referencia a nivel nacional, por lo cual necesita cumplir con todos los estándares de calidad y mejora para lograr ser referente internacional. Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud.

Referencia

55ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. *Calidad de la atención: seguridad del paciente*. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>. Consultado el 24 de Junio de 2018.

Brennan, T. Leape, N., Localio, A., Newhouse, J., Weiller, P. y Hiatt, H.(2004) *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practique Study I*. Qual Saf Health Care 2004;13:145–152 Disponible en : https://galileo.seas.harvard.edu/images/material/2800/1140/Brennan_IncidenceofAdverseEventsandNegligenceinHospitalizedPatients.pdf

Castañeda, H., Garza, R., González, J., Pineda, M., Acevedo, G., y Aguilera, A. (2013). *Nursing perception of patient safety culture*. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 77-88. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>

DiCuccio, M.(2015) The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Patient Saf.* 2015 Sep;11(3):135-42. doi: 10.1097/PTS.0000000000000058. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24583952>

M. Cometto,P. Gómez,G. dal Sasso. *Enfermería y seguridad de los pacientes Organización Panamericana de la Salud*, (2011)pp. 1-17 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-percepcion-cultura-seguridad-pacientes-profesionales-S1665706316300720>

Fernández, M. (2016). *Evaluación y mejora de la calidad del proceso farmacoterapéutico en un hospital terciario*. (Tesis doctoral). España: Universidad de Valencia.

Giraldo P, Montoya M. (2013) *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia*. Tesis para optar el grado de maestría. Universidad de Medellín. Colombia

ANEXO 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz de consistencia							
Título: Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Quemados del INSN San Borja 2018							
Autora: Mg. Stefanny Leandra Pariona Rosas							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema General: ¿Cuál es nivel de cultura de seguridad del paciente en el enfermero de la Unidad de cuidados intensivos Quemados del INSN San Borja 2018?	Objetivo general: Determinar el nivel de la cultura de seguridad del paciente en el enfermero de la unidad de cuidados intensivos Quemados del INSN San Borja 2018	Hipótesis general:	Variable 1: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos
		Hipótesis específicas:	Cultura de seguridad	Frecuencia de eventos notificados	40, 41, 42	Totalmente en desacuerdo (1)	Bajo Medio Alto
				Percepción de seguridad	15, 18, 10, 17	En desacuerdo (2)	
Cultura de seguridad a nivel de servicio	Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión/ servicio que	19, 20, 21, 22	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)				

<p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es nivel de la cultura de seguridad en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos quemados del INSN San Borja, 2018?</p> <p>¿Cuál es nivel de cultura de seguridad a nivel de servicio en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos quemados del INSN San Borja, 2018?</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar el nivel de cultura de seguridad en el enfermero de la unidad de cuidados intensivos Quemados del INSN San Borja 2018</p> <p>Determinar el nivel de cultura de seguridad a nivel de servicio enfermero de la unidad de cuidados intensivos Quemados del</p>			<p>favorecen la seguridad</p> <p>Aprendizaje organizacion al / Mejora continua</p> <p>Trabajo en equipo en la unidad /servicio</p> <p>Franqueza en la comunicación</p> <p>Feedback y comunicación sobre errores</p>	<p>6, 9, 13</p> <p>1, 3, 4, 11</p> <p>35, 36, 37</p> <p>34, 36. 38</p> <p>8, 12, 16</p>	<p>De acuerdo (4)</p> <p>Totalmente de acuerdo (5)</p>	
---	--	--	--	---	--	--	--

<p>¿Cuál es nivel de cultura de seguridad del hospital en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos quemados del INSN San Borja, 2018?</p>	<p>INSN San Borja 2018</p> <p>Determinar el nivel de cultura de seguridad del hospital en el enfermero de la unidad de cuidados intensivos Quemados del INSN San Borja 2018</p>		<p>Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital</p>	<p>Respuesta no punitiva a los errores</p> <p>Dotación del personal</p> <p>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p> <p>Trabajo en equipo entre las unidades/ servicios</p> <p>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios</p>	<p>2, 5, 7, 14</p> <p>23, 30, 31</p> <p>26, 32, 24, 28</p> <p>25, 27, 29,33</p>		
---	---	--	--	--	---	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 6

CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Adaptación al español:

Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente – CUSEP- (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)

I. PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene como finalidad recabar información acerca de la cultura de seguridad del paciente en los enfermeros del servicio de unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018.

El llenado implica veracidad e imparcialidad, por lo que los participantes han firmado previamente el consentimiento.

II. INSTRUCCIONES

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. El tiempo aproximado del llenado del cuestionario es de 15 minutos.

Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/ procedimiento, produzca o no daño al 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 confidencial y los datos obtenidos se utilizarán solo con fines estadísticos.

INFORMACIÓN GENERAL

Edad: _____

Tiempo de servicio (años): _____

¿Ha notificado alguna vez un evento adverso?

- a) Si b) No

Si marcó SI, ¿cuántas veces en el último año? _____

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

SECCIÓN A: Su servicio/unidad

Responda las preguntas en relación a su servicio

1= Muy en desacuerdo

2=En desacuerdo

3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

N°	ITEM	1	2	3	4	5
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 terminarlo.					
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 sustitutos o 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”.					
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 del 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

Responda las preguntas en relación a su hospital

N°	ITEM	1	2	3	4	5
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

Responda las preguntas en relación a la frecuencia en que ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/ unidad de trabajo.

1=Nunca

2= Casi nunca

3= A veces

4= Casi siempre

5= Siempre

Nº	ITEM	1	2	3	4	5
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.					

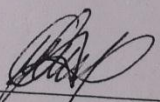


Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Noel Alcas Zapata, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado "**Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018**" del estudiante **Steffanny Leandra Pariona Rosas**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

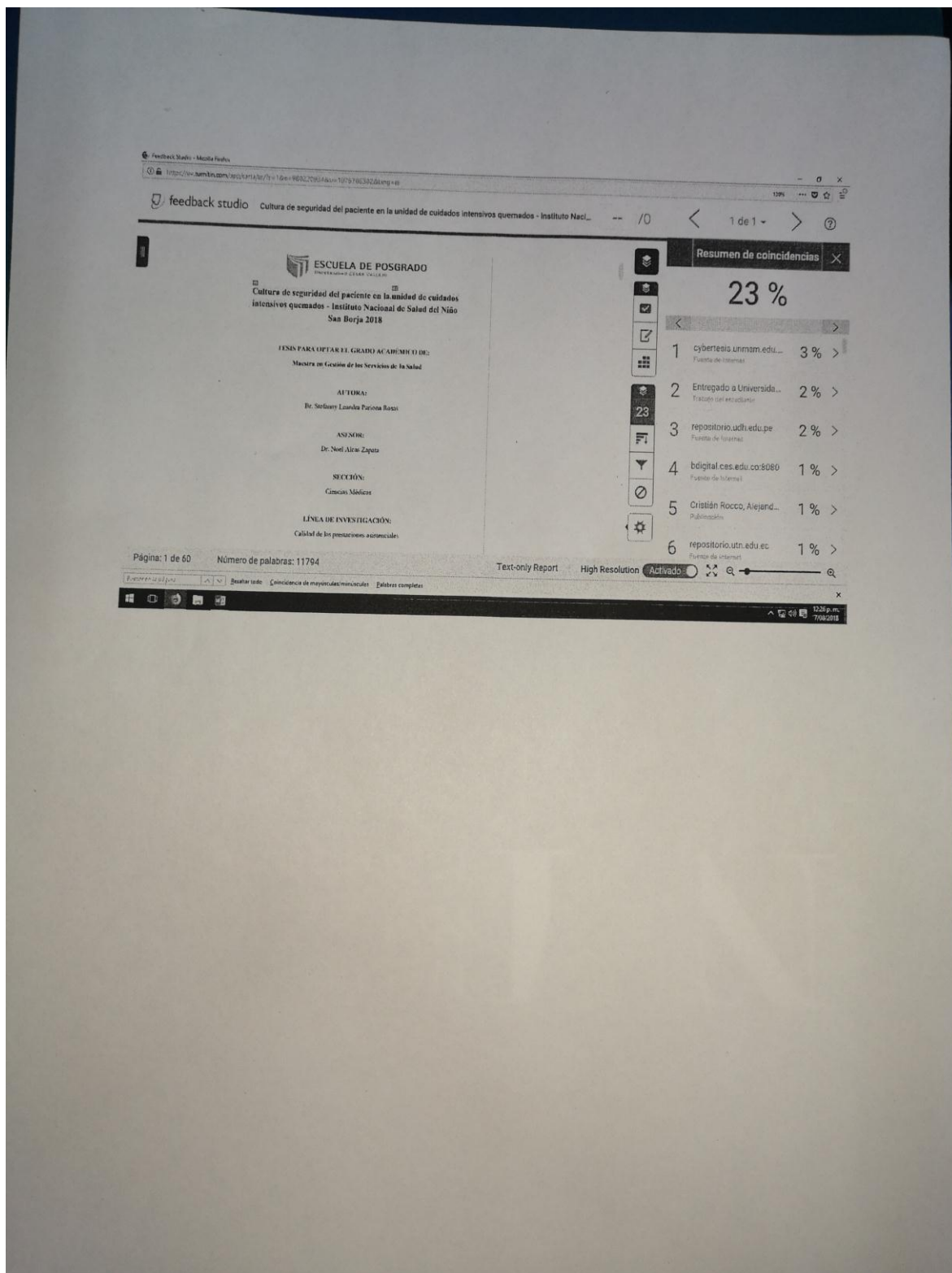
Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 23% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 07 de agosto del 2018



Dr. Noel Alcas Zapata

DNI: 06167282





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

PARIONA ROSAS STEFANNY LEANDRA
D.N.I. : 46093366
Domicilio : PJE. ESTRELLA 132 LIMA
Teléfono : Fijo : Móvil : 996996316
E-mail : stefannyleanda-14@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA
Mención : GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

PARIONA ROSAS STEFANNY LEANDRA

Título de la tesis:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
QUEMADOS - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA 2018

Año de publicación : 2018

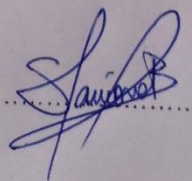
4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : 

Fecha : 23.11.2018



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

PARIÑA ROSAS STEFANNY LEANDRA

INFORME TITULADO:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS

INTENSIVOS QUEMADOS - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 1 DE SETIEMBRE DEL 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBADA POR UNANIMIDAD



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN