



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica  
entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica  
San Pablo – Surco 2018.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Br. Dery Ricardina, Torrecillas Golac

**ASESOR:**

Dra. Teresa, Campana Añasco

**SECCIÓN:**

Ciencias Médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de prestaciones asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud

**Lima - Perú**

**2018**



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



ESCUELA DE POSGRADO

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): TORRECILLAS GOLAC, DERY RICARDINA

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 DEL AREA QUIRURGICA ENTRE MEDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA CLINICA SAN PABLO - SURCO*

Fecha: 31 de agosto de 2018

Hora: 02:45 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Kriss Melody Calla Vasquez

Firma: *[Handwritten Signature]*

SECRETARIO: Mgtr. María del Carmen Ancaya Martínez

Firma: *[Handwritten Signature]*

VOCAL: Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco

Firma: *[Handwritten Signature]*

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

*Aprobada por unanimidad*

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

*[Handwritten Signature]*



Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

*APA - Editar el formato tesis*

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**

A mis papás, por su apoyo incondicional en este gran proceso de superación.

A Ximena, mi hermana por su ayuda y comprensión, por confiar siempre en mí.

A mis compañeros de mi trabajo por su tolerancia ante el proceso de aprendizaje.

### **Agradecimientos**

A la universidad César Vallejo, por ser una escuela que nos implanta nuevos conocimientos para beneficio nuestro.

A los docentes por ser de guía para mi aprendizaje.

A la clínica San Pablo, servicio de sala de operaciones, cirujanos y enfermeras, los cuales colaboraron con la presente investigación.

### Declaratoria de Autoría

Yo, Dery Ricardina Torrecillas Golac, estudiante del Programa de Maestría de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 43632188 con la tesis titulada "Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018".

Declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría.

He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.

La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para tener algún grado académico previo o título profesional.

Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente la idea de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 18 de agosto del 2018



---

Br. Dery Ricardina Torrecillas Golac

DNI 43632188

## Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada “Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018”, cuyo objetivo fue comparar el nivel de cultura de seguridad de paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de Servicios de Salud. La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

El Primer capítulo, se refirió a la realidad problemática, antecedentes internacionales y nacionales, fundamentación científica técnica y humanística, justificación, formulación del problema, hipótesis y objetivos.

El Segundo Capítulo, método, donde se presentó el diseño de la investigación, la variable, operacionalización, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos.

El Tercer Capítulo, se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis. En el Cuarto Capítulo se presenta la Discusión, en el quinto las Conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos.

En el Sexto capítulo se señalan las recomendaciones de la presente investigación.

Finalmente, en el Capítulo Séptimo las Referencias y los Apéndices.

Señores miembros del jurado, esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La autora

## Índice

<b>Paginas preliminares</b>	<b>Pagina</b>
Página de jurados	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración jurada	v
Presentación	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	viii
Resumen	x
Abstract	xi
<b>I. Introducción</b>	<b>15</b>
1.1 Realidad problemática	15
1.2 Trabajos previos	17
1.2.1 Trabajos previos internacionales	17
1.2.2 Trabajos previos nacionales	22
1.3 Teorías relacionadas al tema	26
1.3.1 Aproximaciones Teóricas	49
1.4 Formulación del problema	51
1.4.1 Problema general	51
1.4.2 Problemas específicos	51
1.5 Justificación	51
1.5.1 Justificación teórica	52
1.5.2 Justificación practica	52
1.5.3 Justificación metodológica	52
1.5.4 Justificación	53

1.6 Hipótesis	53
1.6.1 Hipótesis general	53
1.6.2 Hipótesis específicas	53
1.7 Objetivos	54
1.7.1 Objetivo general	54
1.7.2 Objetivos específicos	54
<b>II. Método</b>	<b>55</b>
2.1 Diseño de investigación	56
2.2 Variables, Operacionalización	57
2.2.1 Variable 1: Cultura de seguridad del paciente	57
2.2.2 Operacionalización de variables	58
2.3 Población, muestra	59
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	60
2.4.1 Validez y fiabilidad	62
2.5 Método de análisis de datos	63
2.6 Aspectos éticos	63
<b>III. Resultados</b>	<b>64</b>
<b>IV. Discusión</b>	<b>81</b>
<b>V. Conclusiones</b>	<b>91</b>
<b>VI. Recomendaciones</b>	<b>93</b>
<b>VII. Referencias bibliográficas</b>	<b>95</b>
<b>Anexos</b>	<b>101</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia	102
Anexo 2: Instrumento	105
Anexo 3: Certificado de Validez	111
Anexo 4: Prueba piloto	117
Anexo 5: Base de datos de la muestra	118
Anexo 6: Artículo científico	124
Anexo 7: Declaración jurada de artículo científico	134



**Índice de tablas**

	<b>Página</b>
Tabla 1: Operacionalización de la variable Cultura de Seguridad del paciente	58
Tabla 2: Distribución de la muestra	59
Tabla 3: Validez del instrumento	62
Tabla 4: Coeficiente de confiabilidad KR-20	63
Tabla 5: Antigüedad en el cargo, enfermeras	65
Tabla 6: Antigüedad en el cargo, médicos	66
Tabla 7: Distribución por niveles de Cultura de seguridad relativa al paciente, área quirúrgica.	67
Tabla 8: Distribución según niveles de la dimensión Cultura de seguridad Antes de la inducción de la anestesia.	68
Tabla 9: Distribución según niveles de la dimensión Cultura de seguridad Antes de la incisión cutánea	69
Tabla 10: Distribución según niveles de la dimensión Cultura de seguridad Antes de la salida del paciente	71
Tabla 11: Comparación de la Cultura de seguridad en el área quirúrgica, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney	72
Tabla 12: Comparación de la Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney	74
Tabla 13: Comparación de la Cultura de seguridad antes de la incisión	

cutánea, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney	76
Tabla 14: Comparación de la Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney	78
Tabla 15: Test de bondad de ajuste a la normal – Modelo Kolmogorov – Smimov ( $n > 50$ )	79
Tabla 16: Test de bondad de ajuste a la normal – Modelo Shapiro – Wilk ( $n \leq 50$ )	80

## Índice de Figuras

	<b>Página</b>
Figura 1: Factores causales de efectos adversos	30
Figura 2: Soluciones para mejorar la seguridad del paciente de la OMS	35
Figure 3: Medidas para mejorar la gestión de la seguridad del paciente de la OMS	36
Figura 4: Antigüedad en el cargo, enfermeras	65
Figura 5: Antigüedad en el cargo, médicos	66
Figura 6: Niveles de Cultura de seguridad relativa al paciente	67
Figura 7: Niveles de Cultura de seguridad antes de la inducción de la Anestesia	68
Figura 8: Niveles de Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea	70
Figura 9: Niveles de Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano	71
Figura 10: Diagrama de cajas de Cultura de seguridad relativa al paciente	72
Figura 11: Diagrama de cajas de Cultura de seguridad relativa al paciente antes de la inducción de la anestesia	74
Figura 12: Diagrama de cajas de Cultura de seguridad relativa al paciente antes de la incisión cutánea	76
Figura 13: Diagrama de cajas de Cultura de seguridad relativa al paciente antes de la inducción de la anestesia	78

## Resumen

El Objetivo del estudio fue comparar el nivel de cultura de seguridad de paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.

El método de estudio fue hipotético deductivo, de enfoque cuantitativo porque se recolectan datos, y se hace una medición numérica y análisis estadístico, para probar hipótesis, es básica y no experimental, mientras que el diseño del estudio fue de corte transversal porque el instrumento fue aplicado en una sola oportunidad a los sujetos de la investigación, y de nivel descriptivo comparativo. La población considerada para el estudio estuvo conformada por médicos y enfermeras del centro quirúrgico de la clínica San Pablo, con muestra no probabilística por conveniencia conformada por enfermeras y cirujanos. El instrumento que se aplicó fue el Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes.

Como resultado se obtuvo que para las dimensiones estudiadas: antes de la inducción a la anestesia y antes de salir del quirófano, la diferencia entre la cultura de seguridad del paciente de los médicos y enfermera es nula, mientras que para la hipótesis 2, donde se compara la cultura de seguridad del paciente de enfermeras y médicos, antes de la incisión cutánea, se obtuvo que los cirujanos presentan mayor porcentaje. Sin embargo, se deduce que una de las causas, pudo deberse a que las enfermeras, de esta clínica en particular, tienen mucho menos años de experiencia ejerciendo la profesión que el personal médico. El estudio concluye: No existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en enfermeras y médicos.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, enfermeras, médicos, comparación.

### **Abstract**

The objective of the study was to compare the level of safety culture of the patient of the surgical practice between doctors and nurses working in the clinic San Pablo - Surco 2018.

The study method was hypothetical deductive, quantitative approach because data was collected, and a numerical measurement and statistical analysis was made, to test hypotheses, it is basic and not experimental, while the design of the study was cross-sectional because the instrument was applied in a single opportunity to the subjects of the investigation, and of comparative descriptive level. The population for the study was made up of doctors and nurses from the surgical center of the San Pablo clinic, a non-probabilistic sample of convenience made up of nurses and surgeons. The instrument that was applied was the Questionnaire on the Culture of Patient Safety.

As a result it was obtained that the dimensions studied: before entering before the induction to anesthesia and before leaving the operating room, the difference between the safety culture of the patient and the doctors and the nurse in the school, while for the hypothesis 2, where it is compared with the safety culture of the patient of nurses and doctors, before the cutaneous incision, it was obtained that the surgeons were older However, it is deduced that one of the causes, could be that the nurses, of This particular clinic, they have much less years of experience practicing the profession than the medical staff. The study concludes: There are no significant differences in the patient safety culture among nurses and physicians.

**Key words:** patient safety, patient safety medicine, nurses, doctors, comparison.

## **I. Introducción**

## 1.1 Realidad Problemática

La actividad quirúrgica adquiere una dimensión de enorme importancia en la actividad asistencial, la cirugía es la única razón de admisión para muchos pacientes que ingresan en el hospital en la mayoría de los países. En España se realizan alrededor de 4.500.000 procedimientos quirúrgicos al año con un incremento anual de un 6-7 % en los últimos años (Temes y Mengíbar 2011, p.184).

A la vez en Perú también se ve que la cirugía ha evolucionado a ritmo vertiginoso en las últimas décadas, habiendo tenido la gran oportunidad de ser espectador y actor de esta, el número de intervenciones quirúrgicas ha ido incrementándose en los últimos 3 años en nuestro país. Según lo reportado por los hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud, en el año 2005 se realizaron 485,808 cirugías y en el 2007 fueron 552 074 cirugías, en el año 2007 en la Prov. Constitucional del Callao se realizó el mayor número de cirugías, existente 3 720 cirugías por cada 100 mil habitantes, seguidamente tenemos a los departamentos de Arequipa, Moquegua, Lima, Lambayeque, Madre de Dios e Ica que tienen las incidencias de cirugías más altas del país; por el contrario donde se registra el menor número de cirugías son los departamentos de Cajamarca con 346, Huancavelica 502, Loreto 551, Amazonas 808 y Puno 925 por cada 100 mil habitantes (INEI 2009 p.18).

Desde las últimas décadas del siglo XX, el interés por la calidad asistencial ha ido mejorando, en el entorno europeo, se puede destacar la recomendación del consejo de Europa el 9 de junio del 2009 sobre pacientes en la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia quirúrgica. En España, las acciones relacionadas con la calidad asistencial se observan, tanto en el Plan Nacional de Calidad de 2010 como en las acciones de las comunidades autónomas (Torres, Nolasco, Maciá, Cervera, Seva y Barbera 2016, p.184). Por la que se debe informar a los pacientes y capacitarlos a través de su implicación en el proceso de seguridad de estos. Se les debe informar de las normas de

seguridad de los pacientes, las mejores prácticas y las medidas de seguridad existentes y de la manera de encontrar información suficiente y comprensible sobre las denuncias y los procedimientos de recurso (Diario oficial de la unión europea 2009, 151/2).

Conforme a la guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la cual viene considerándose un problema de salud de toda la población, por ello, el 27 de octubre del 2004 se logra la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual pretende alinear a todos los actores en la generación de una atención de salud bajo la doctrina de seguridad. En la 55 Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud se aprobó la Resolución WHA55.18 que define el Reto Mundial “La cirugía segura salva vidas”, en el contexto de estos desafíos presentados por la Organización Mundial de la Salud por disminuir la cantidad de personas fallecidas y errores adversos procedentes del área quirúrgica, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas, en un trabajo conjunto con el Colegio Médico del Perú, propone la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, pretendiendo abordar cuestiones de seguridad, tales como: prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables e insuficiente comunicación entre los colaboradores de los equipos quirúrgicos ( p.9 ).

Cultura de seguridad del paciente según Vincent (2013) nos define como el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (p. 5). En la Clínica San Pablo se observa una falta de una cultura de seguridad del paciente con respecto al área quirúrgica, donde en su gran mayoría son los médicos los principales gestores para que no cumplan las normativas establecidas, solo funcionan bajo la supervisión continua, pero no siempre se



puede estar bajo esto y es ahí donde se ve la preponderancia a algún efecto adverso contra el paciente, ante esto se ve que existe un espacio o una brecha por mejorarse u optimizarse para que así evalúen un cambio cuando se habla de seguridad de paciente. Por otro lado, se tiene al personal de enfermería que en gran porcentaje está latente al cambio con beneficio a que todo sea por el paciente.

Por las consideraciones expuestas, se plantea el presente trabajo de investigación denominado “Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018”, con el cual se pretende dar solución en parte a la problemática expuesta.

## **1.2 Trabajos Previos**

### **1.2.1 Trabajos Previos Internacionales**

Orkaizagirre (2016) realiza una tesis sobre *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*, Zaragoza – España. En donde dan a evidenciar si es que las enfermeras de las unidades críticas cometen algún incidente o cuasi incidente implicando la seguridad del paciente y si es que lo reportan. El tipo de estudio fue mediante la observación tipo descriptivo con corte transversal, donde su instrumento es el cuestionario CEHSP, este es muy importante ya que ahí se ve que factores influyen a las enfermeras cuando se tiene en cuenta la seguridad del paciente. El total de enfermeras de dicho hospital es de 552 tomando una muestra de 247, para esta muestra se tuvo en cuenta los diversos criterios de inclusión y exclusión. Donde se concluye que se ve necesario una revisión de las políticas de gestión de los recursos humanos de Enfermería del Sistema Nacional de Salud que valore la necesidad de contratación por criterios de especialización ya que en la actualidad sigue fundamentándose en la visión de la enfermera de cuidado generalistas competente. Cabe añadir la perspectiva de género ya que los estereotipos de género antiguos basados en una concepción de la enfermera

de subordinación-sumisión pueden estar influyendo en estas políticas y en la gestión

Ramos, Coca y Abeldaño (2015) Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. El objetivo de dicho estudio fue evaluar la percepción de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015. Para obtener información acerca de la percepción de cultura de seguridad se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia. La muestra la constituyeron 203 profesionales de la salud que se desempeñan en los servicios de internación (en las áreas clínico-asistenciales) del Hospital Privado de Córdoba. El análisis estadístico fue descriptivo, con medidas de frecuencia para las variables categóricas. Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. En términos prácticos de la gestión clínica, este trabajo permitió identificar áreas que indican qué se debe fortalecer dentro de la organización del hospital en materia de cultura de seguridad. En ese sentido, la percepción de que no hay personal suficiente cuando la carga de trabajo es excesiva interfiere para que se brinde atención de una manera óptima a los pacientes del hospital.

Pozo y Padilla (2013) en la investigación titulada *Valoración de la cultura de seguridad del paciente en un área sanitaria*, puntualizó la periodicidad de actitudes y conductas positivas con relación a la seguridad del paciente (SP) de los trabajadores de la salud en un ámbito sanitario; establecer si el grado de cultura de seguridad del paciente es distinto a otras investigaciones; y valorar las negativas para constituir espacios de mejora. El estudio cuantitativo de diseño descriptivo transversal y correlacional. La muestra aleatoria de 247 profesionales

de la salud de España. Se aplicó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) readaptada al español. El estudio permitió la identificación de fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un ámbito sanitario.

Collazos (2012) realizó un estudio *Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente en el Hospital General de Medellín* - Colombia. El objetivo fue describir la aplicación de la lista de verificación en cirugía. Estudio de corte transversal, se incluyeron todos los pacientes de cirugía mayor del HGM atendidos en febrero y marzo de 2011. Donde preguntaron por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en este hospital. Compararon el número de eventos adversos en cirugía antes y después de la implementación de la lista de verificación. Y concluyeron que la aplicación de la lista de verificación se cumple, la incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación.

Torres (2011) en el estudio sobre *Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería*, La Plata – Argentina. En donde su objetivo principal fue cual es el tipo de gestión en la cual la enfermera trabaja frente a los eventos adversos que se tiene con relación a la seguridad del paciente en un Hospital de la Plata. Se trabajó mediante la encuesta que estaba constituida por 42 preguntas acompañadas de una guía de observación hecha por 20 preguntas más, La muestra fue de 106 enfermeros de dicho hospital, a lo que se pudo tener como resultados que solo el 52% es profesional, siendo esta una cifra de solo un 2% más de la mitad y el 48% se podría decir que son técnicos, auxiliares, personal en proceso de estudio, a lo que cabe decir que es ahí donde se puede identificar más eventos adversos, teniendo a una gente que aún no tiene conceptos seguros cuando se habla de seguridad del paciente. El personal que aún no es profesional siempre se quiere mantener en capacitaciones perennes, pero esto no basta para un total aseguramiento de una buena atención a un paciente, ya que, pese a todo, las bases teóricas aún no están completas.

Gamboa y Carvajal (2010) realiza un Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar de San Luis Tolima – Colombia. El objetivo principal del estudio fue diseñar, implementar y mantener el programa de seguridad del paciente y el plan de evaluación y seguimiento a eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar de San Luis Tolima. Es un trabajo de tipo observacional y descriptivo que determinará la causa, tipos, frecuencia y ocurrencia de eventos adversos con lo que se pretende desarrollar e implementar el Programa de seguridad del paciente y el plan de evaluación y seguimiento a eventos adversos. Esto implica recolección de la información en forma directa, específicamente mediante un estudio es posible tomar los datos directamente de la realidad, o sea la información que poseen los profesionales de la salud, para luego diseñar una propuesta de capacitación con la intención de resolver las deficiencias en la información encontradas en el trabajo de campo. Donde al final se obtuvo que los profesionales de la salud del Hospital no realizan evaluaciones de eventos adversos y tampoco coordinan los procedimientos a seguir en la ocurrencia del incidente, así como no ejecutan los seguimientos a los pacientes afectados dentro de la institución hospitalaria y menos fuera de ella, de ahí la importancia de diseñar, implementar y establecer el programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento a eventos adversos, tomando como base éste proyecto de grado, como base documental de todo el programa y convirtiéndolo en material de consulta permanente.

Mira , Aranaza y Ziadia (2008) Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Madrid, España. En este estudio se describe la frecuencia de errores clínicos desde el punto de vista del paciente, su percepción de seguridad y su relación con la información recibida. El material y el método de estudio fue descriptivo basado en una encuesta postal tras 20 días del alta a 336 pacientes quirúrgicos (tasa corregida de respuesta del 75,58%, error del 5,7% para un nivel de confianza del 95%). Como resultado se obtuvo que un 13,05% informaron

sufrir un error clínico. Un 10,5% con complicaciones graves. Esta experiencia disminuye la percepción de seguridad en tratamientos futuros. Un 11,9% consideraron que el riesgo de ser víctima de un error médico con consecuencias graves es alto, aunque menor al de sufrir un accidente de tráfico, robo/atraco o presentar una enfermedad grave. Ver noticias en los medios sobre errores disminuye la percepción de seguridad. Los pacientes que valoran positivamente la información recibida sobre tratamiento y que pueden formular preguntas al médico son quienes menos errores informan. En conclusión, un 1,37% de pacientes quirúrgicos informan de errores con consecuencias graves, mientras que 12 de cada 100 creen que el riesgo de un error con consecuencias graves es elevado. Tras un error se incrementa la desconfianza. Mejorar la comunicación con el paciente contribuye a reducir errores, lo que refuerza el papel de los programas para incrementar la seguridad que fomentan un papel más activo en el paciente.

Saturno, Da Silva Gama y De Oliveira-Sousa (2008) en su trabajo de *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español*. En este artículo describe la metodología y los principales resultados de un estudio sobre clima de seguridad realizado en una muestra representativa de hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. El material y el método utilizado es una muestra aleatoria de 24 hospitales, proporcionalmente estratificada por tamaño, se hizo llegar el cuestionario referente a la seguridad de los pacientes a un grupo o muestra significativa de trabajadores y profesionales del sector salud. Con las conclusiones se logra explicar el clima de seguridad, así como sus puntos fuertes y puntos débiles. La explicación estadística o estudio cuantitativo de las divergencias debidas al tamaño de la infraestructura del hospital, tipo de profesional y servicio ejercido se corroboran a través de ANOVA. Los resultados generales correspondientes a 2.503 encuestas fueron de respuesta: 40%, 93% con contacto directo con pacientes. El 50% le da un puntaje a la seguridad con

valores que van desde el 6 hasta el 8; el 95% informo la existencia de menos de 2 eventos el año pasado. Las dimensiones denominadas «Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» y «Acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que promueven la seguridad», se indicaron como positivas o fortalezas. Como puntos débiles, se indicaron cuatro aspectos: Primeramente, la Dotación de personal, segundo, el Trabajo en equipo entre unidades/servicios, tercero la Percepción de seguridad y cuarto: el Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente. Se llegó a observar que en los centros de salud más pequeños y en servicios farmacéuticos existe una actitud más positiva, mientras que entre los médicos es más negativa. Como conclusión se identificaron los puntos débiles y puntos fuertes de la seguridad, que permitirá la confección de medidas estratégicas para optimizar las condiciones de seguridad en los hospitales del SNS español.

### **1.2.2 Trabajos Previos Nacionales**

Barrios, Litano y Moises (2017) en su estudio *Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima*; Universidad peruana Cayetano Heredia. En el cual su objetivo, es determinar el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental, se llevó a cabo en la especialidad de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El estudio se realizó con una población constituida por un total de 540 listas de verificación de cirugía segura durante el primer trimestre del 2017, para la recolección de datos se aplicará la técnica de la observación. La información obtenida se procesará y analizará a través del programa estadístico SPSS. Asimismo, los resultados facilitarán el trabajo del enfermero y de todo el equipo quirúrgico porque permitirá desarrollar estrategias para disminuir los eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos, así como para sensibilizar a

los profesionales de la salud sobre la importancia del uso correcto de la lista de verificación de cirugía segura.

Campos, Chico y Cerna (2014) realizan un trabajo que fue *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Lazarte Echegaray*, Trujillo. Teniendo como su objetivo identificar el nivel de calidad con respecto al cuidado que tiene la enfermera en la seguridad de atención en un paciente quirúrgico. Su población total fue de 30 enfermeras con experiencia basado en sus estudios especializados. Dicho trabajo fue no experimental con un enfoque cuantitativo de manera descriptiva por medio de la observación, utilizando una ficha de observación, ya teniendo los resultados se trabajó la parte estadística obteniendo que en la área preoperatoria, antes que el paciente se realice un procedimiento quirúrgico, solo el 37% marcan a un resultado bueno, en la área intraoperatoria, cuando el paciente está en proceso quirúrgico, es de un 63% y por último en la área post operatoria se tiene un resultado un poco más elevado como bueno siendo un 70%. Teniendo como conclusión que en la última fase post operatoria el personal de enfermería tiene un mayor porcentaje en cuanto seguridad, dando que pensar que falta una capacitación continua para que exista mejor seguridad.

Rojas y Ojeda (2014) realiza un trabajo titulado *Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara*. Donde el objetivo es determinar el grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara. Es un estudio de tipo cuantitativo, observacional porque estudia el comportamiento de la variable en sus cuatro dimensiones sin realizar modificación alguna; según el alcance de los resultados, es de tipo descriptivo; y según las observaciones realizadas en el tiempo es de tipo retrospectivo porque se revisan las acciones realizadas por el equipo quirúrgico en cirugías efectivizadas, es transversal

porque la información se recolectó en un periodo determinado en el estudio, estos fueron descritos estadísticamente. El tipo de muestreo fue probabilístico, se consignaron 100 listas de verificación realizadas por la enfermera quirúrgica, donde se consigna la adherencia del equipo quirúrgico a las normas de Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica en cada criterio. A la vez se concluye que el grado de adherencia general del equipo quirúrgico a las Buenas Prácticas de seguridad quirúrgica del paciente es de nivel regular en un 75% seguido del nivel de baja adherencia en un 14% y el nivel alto fue solo del 11%.

Pérez y Obregón (2013) realiza una tesis de *Cultura de seguridad en salud y su correlación con la calidad percibida en el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita, Lima*. La cual tiene como objetivo general identificar qué relación hay entre la cultura de seguridad y la calidad percibida por dicha clínica. El trabajo fue de nivel descriptivo correlacional con un corte transversal. Su población fue de 198 siendo la misma la muestra. Se utilizaron dos tipos de instrumentos de estudio, las cuales eran dos encuestas, una por cada variable. Sus conclusiones fueron que si hay una relación significativa de la seguridad en salud con la calidad percibida por el usuario que se atiende en dicha clínica

Becerra (2012) realizó un estudio *Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en Chiclayo Lima: Perú*. Tuvo como objetivo identificar, describir y analizar las vivencias de las enfermeras cuando se habla de la utilización correctamente del Check list en sala de operaciones. El presente estudio es una investigación de tipo cualitativa, los datos se obtuvieron con una entrevista semi estructurada a profundidad, aplicada a 11 enfermeras, delimitándose la muestra por criterios de saturación y redundancia; se aplicó el análisis temático de los datos estableciéndose las siguientes categorías: Categoría A: La Lista De Chequeo, una práctica que garantiza la Cirugía Segura. Categoría B: Limitaciones para la aplicación correcta de la Lista de Chequeo. Categoría C: El liderazgo de



enfermería en la Cirugía Segura, subcategorías. Dicho estudio llega a las conclusiones que las fallas que existen en la realización del Check list es por no tener datos correctos del paciente, esto quiere decir que o bien se omite información o no se sabe hacer una buena recolección o que también el personal no está muy bien capacitado para dicha labor. La lista de verificación segura o Check list es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo responsabilidades, ésta salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna.

Izquierdo (2015) realiza una tesis llamada *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de mayo*, donde el objetivo es determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes postoperados inmediatos y la muestra es 57 de las mismas. La técnica utilizada es el análisis documental. Utiliza como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y además una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica. Obtiene los siguientes resultados: del 100% (57) de historias clínicas, un 68% (39) no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32% (18) cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% (52) y un 9% (5) no Cumple; en la pausa quirúrgica cumple 77% (44) y un 23% (13) no Cumple y en la tercera etapa cumple 58% (33) y un 42% (24) no cumple. Concluye que la mayoría del personal de centro quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo, un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del anestesiólogo y finalmente el cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al

paciente según función, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante, un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

### **1.3 Teorías Relacionadas al tema**

#### **Definición de Cultura de Seguridad del Paciente**

El concepto de Cultura de Seguridad fue referido por Uttal (1983) definió a la Cultura como un sistema de valores entre sus miembros y creencias, es decir cómo funcionan, la manera de interactuar con las personas, estructuras y sistemas de trabajo de una institución para promover normas y procedimientos del comportamiento, es decir cómo se hacen las cosas.

Al respecto, Vincent (2013) propuso una nueva definición: Es el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (p. 5).

Se puede concluir que “la seguridad se consigue cuando está presente un verdadero compromiso, el cual es compartido en todos los niveles de la organización, es decir desde el personal de primera línea hasta la alta dirección” (Gaitán, Gómez y Schmalbach, 2009, p. 77).

Cooper (2000), definió a la cultura de seguridad como el nivel de esfuerzo de cada uno de los miembros de una determinada institución en referencia a la dirección, y gestión de su accionar para mejorar día a día.

Fajardo et al. (2010) definió la cultura como la expresión de un grupo humano de trabajo que tiene creencias, valores, actitudes, conductas, lenguajes costumbres, metas y políticas parecidas.

### **Teorías de la Cultura de Seguridad del Paciente**

Mahajan (2011) define la cultura de seguridad como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

Los cimientos de esta cultura se asientan en dos teorías:

#### **A. La teoría de la identidad social**

Henri Tajfel fue un psicólogo social británico, más conocido por su trabajo pionero sobre los aspectos cognitivos del prejuicio, por ser el principal desarrollador de la Teoría de la Identidad Social, así como por ser uno de los fundadores de la Asociación Europea de Psicología Social Experimental.

En la siguiente teoría nos dicen que las personas agrandan su autoestima por medio de la percepción de todos los otros grupos a los que pertenecen dando siempre un resultado de forma positiva, comparándose con otros grupos.

En esta teoría prioriza siempre la categorización, dando a entender esto como un proceso de simplificación y orden de la realidad social, lo cual da a entender que se divide al mundo social en 2 categorías: endogrupo (nosotros) y exogrupo (ellos). Y es mediante estos conceptos, cada persona edifica su identidad social, teniendo en cuenta su realidad social donde se establece.

Es ahí cuando ya encuentran la pertenencia a un grupo sea de forma positiva o de forma negativa, que se basa en comparación con los otros grupos. Estas comparaciones van con un solo fin de ser mejor cada vez (Gómez, 2006).

### **B. La teoría de la autocategorización.**

Turner, Hogg y Oaks (1989) refiere como centro de esta teoría la noción de despersonalización. Es decir, todo sujeto tiende a valorar positivamente las categorías que le son propias o las categorías a los que pertenece, mientras que tiende a valorar negativamente a las otras categorías, es decir aquellas a las no pertenece por ello, busca o negocia su identidad en base a su auto concepto.

Según Morales (2007), nos da 3 aportaciones, los cuales son: proceso despersonalización que es cuando la persona se trata como un miembro de un equipo, y no es distinto o único. Proceso de distinción de tres niveles de categorización del Yo (Interpersonal, intergrupala e interespecies) que nos dicen que cuando un nivel está operativo, los otros niveles no aparecen. Y por último el proceso de prototipo donde está ubicado la mejor persona que representa al grupo (p.78).

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas nos permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias. Los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización: un buen ejemplo es la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) de la OMS que ha suscitado resistencias (Rincón, León, López y Vizcaino 2011 p.380).

## **Definición de Sucesos Adversos**

Según un estudio APEAS, se define Sucesos Adversos (SA), como la suma de los Incidentes (IN) y los Efectos Adversos (EA) (APEAS Ministerio de sanidad y consumo, 2008).

Así también define como efecto adverso (EA), como: “Todo accidente no previsto identificado en el momento de la consulta, que ha causado un daño, heridas y/o incapacidad, que es consecuencia de la atención sanitaria y no de la propia patología del paciente. Para calcular que el suceso adverso es causado, se deberá calificar mediante una escala de 6 puntos, donde (1) es que no hay evidencia y (6) es que existe evidencia de evento adverso. A priori consideramos un punto de corte de  $\geq 2$  para considerarlo como positivo”. (APEAS Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.25).

Así también, define Incidente como “... un suceso aleatorio imprevisto e inesperado, relacionado con la atención sanitaria, que no produce daño al paciente. También puede definirse como un suceso que, en circunstancias distintas, podría haber sido un EA o como un hecho que, no descubierto o corregido a tiempo, puede implicar problemas para el paciente.” (APEAS Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.25).

Así también en APEAS, definen el efecto adverso evitable con una puntuación en una escala de 6 puntos (con igual calificación) el grado de confianza que tienen de que el EA pudiera ser evitable. A priori consideramos un punto de corte de  $\geq 4$  para considerarlo como positivo, de acuerdo con su experiencia, la información contenida en el manual operativo y el consenso del periodo de formación.

Mientras que el efecto adverso grave, APEAS, lo define como un efecto que ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta médica o requiere una intervención quirúrgica.

Un efecto adverso moderado, de acuerdo con el estudio mencionado, es aquel que ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día (grado 2). Si precisa atención en urgencias o consulta con especialista (grado 1), mientras que un efecto adverso leve consiste en una lesión o complicación que no ocasiona nada de lo anterior.

Tenemos que un error médico es un proceso incorrecto u olvido en la praxis de los profesionales médicos que puedan cooperar a que suceda el suceso adverso, mientras que un error de medicación es la acción evitable provocado por la utilización incorrecta de un producto médico, ocasionando daños al paciente mientras la medicación está bajo la custodia, uso y operación del personal de salud, paciente o consumidor. (APEAS Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.25-26).

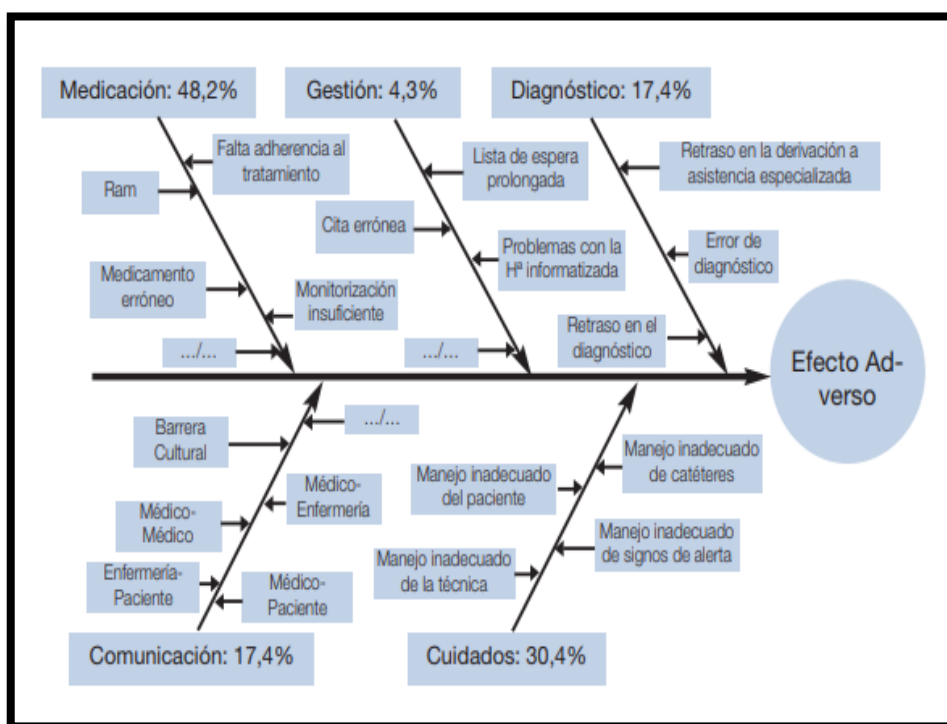


Figura 1 Factores Causales de Efectos Adversos  
Fuente (APEAS Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.44)

## **Historia de Seguridad del Paciente**

El deterioro inconsciente a los pacientes no es algo nuevo, este problema es de muchos años atrás, aproximadamente del siglo XVII A.C. En esos tiempos este problema se solucionaba cortándole la mano al cirujano que cometía un grave error.

Actualmente, hay otro tipo de soluciones, teniendo en cuenta que se trabaja en equipo basado en la comunicación entre todos los profesionales y el paciente, ya que siempre se le va informando, por cada procedimiento que vaya a ocurrirle (García y Barbero 2007).

La evolución de la medicina se puede definir en 3 eras sobre la seguridad del paciente:

**Infalibilidad absoluta** que constaba del diagnóstico incuestionable del médico, pero en dado caso que se demostrara la equivocación de dicho diagnóstico el médico recibiría su juicio punitivo.

**infalibilidad relativa** se demostró según estudios que los pacientes podrían infectarse por quienes los atendían.

**Error humano** llamada así por la publicación del libro en 1999 por el instituto de medicina de los EE. UU. este libro explica un mejor de sistema salud donde se evidencia claramente la presencia frecuente de eventos adversos en la presentación de salud.

De acuerdo con Saludplay, los efectos adversos derivados de la atención sanitarias representan una causa elevada de mortalidad y morbilidad de todos los sistemas sanitarios desarrollados, teniendo un alto impacto en el aspecto económico y social (Saludplay, 2015).

Es por eso por lo que se comprobó que la seguridad del paciente es un elemento esencial de la calidad sanitaria, y en 1999, el instituto médico de E.E.U.U., publicó "To err is human", donde se demostró que las muertes atribuibles a eventos de errores humanos prevenibles eran entre 44 mil y 98 mil muertes al año, y representa la octava causa de muerte en EE. UU. (Saludplay, 2015).

El 27 de octubre del 2004, la OMS emprendió el proyecto de alianza mundial para la seguridad del paciente por la OMS, con su lema “ante todo no hacer daño”. Esta alianza se origina para conciliar, lanzar y agilizar la optimización de la seguridad del paciente a nivel mundial por medio de la creación de políticas y estimulación de praxis favorecedoras.

La comisión europea y la dirección general de salud y protección del consumidor, el 5 de abril de 2005, crearon el acta “seguridad del paciente: hacer que ocurra” en la que proponen a las instituciones europeas evaluar las actividades sobre seguridad del paciente trabajar juntamente con la alianza y crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica (García y Barbero 2007).

Unas de las causantes que generaban la inseguridad del paciente es la reutilización de agujas y jeringas, ya que la financiación la cual no es suficiente para cubrir con todos los insumos o dispositivos médicos, en lugar de prevenir las enfermedades las está ocasionando con mayor frecuencia.

### **Historia de seguridad del paciente quirúrgico**

El acto quirúrgico en alguna oportunidad se ve como la única opción para paliar alguna enfermedad evitando a que se prolongue para que cause la muerte al paciente. Pese a todos los protocolos que existen siempre hay un riesgo que el paciente se somete para los cuales siempre se está abordando para que el porcentaje sea cada vez mínimo. En algunos países desarrollados se sabe que la prevalencia es siempre menos, cuando se habla de complicaciones quirúrgicas, pero dichas complicaciones pueden causar hasta la muerte, siendo esto un resultado muy desfavorable para la sociedad (Stahek, Mehler, Clarke 2009).

Las atenciones quirúrgicas van de una manera distinta, ya que el 75% de las cirugías son operaciones mayores y estas van en un 30% del total de la población. Aunque se sabe que la cirugía será para la prevalencia de la salud



del paciente aún no se tiene un acceso del 100% con total cobertura y esto engloba siempre a un problema social (World Health Organization 2009).

La deficiencia en la seguridad de la atención quirúrgica ocasiona lesiones y perjuicios significativos. Esto se convierte en una deficiencia de Salud Pública, por la aceptación de los profesionales de la salud y por el caos financiero que produce. En los países industrializados, lamentablemente, se registran complicaciones que van desde el 3 hasta el 17% de las atenciones en sala de operaciones que requieren ingreso hospitalario. Por otro lado, se encontró entre 5-10% de mortalidad en operaciones de cirugía mayor en países desarrollados. Se considera que por lo menos siete millones de pacientes han sido afectados por EA o complicaciones quirúrgicas anualmente, y por lo menos un millón muere en la operación o posteriormente de inmediato.

Como datos relevantes del paciente se tiene que:

- Un 25% de los pacientes que se han sometido a un procedimiento quirúrgico y se quedan hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.
- Se registra una tasa de mortalidad bruta tras la cirugía mayor es del 0,5–5%.
- La atención quirúrgica genera la mitad de los EA en pacientes hospitalizados.
- Es evitable el daño ocasionado por la cirugía por lo menos en la mitad de los casos.
- Lamentablemente, no son aplicados de forma regular, los principios reconocidos de seguridad de la cirugía, aún en entornos avanzados.

### **Actividad o procedimiento quirúrgico**

Es el acto quirúrgico que sufre un paciente el cual puede ser total o parcial que se realiza por alguna patología con fin determinado ya sea diagnóstico, de

tratamiento o paliativo. Lo que dice la OMS es que toda cirugía mayor es un procedimiento en el cual va afectado distintos tejidos, a lo cual siempre el paciente tiene que estar sometido a una anestesia tipo general o regional.

Es decir, un procedimiento quirúrgico no se lleva a cabo únicamente en un quirófano, se realizan también en salas de procedimientos (de baja o mediana complejidad) de los servicios de urgencias (UCI), consultorios especializados de odontología, unidades de gastroenterología, servicios de radiología intervencionista, entre otros.

De acuerdo con la estructura del proceso, la atención quirúrgica tiene 3 fases según su relación con el acto quirúrgico: prequirúrgica, fase quirúrgica y postquirúrgica.

### **Gestión de Seguridad del Paciente**

Según la Salusplay, la gestión de riesgo es de vital importancia en la prevención de estos, y logra conseguir disminuir el riesgo de que aparezcan, abordar precozmente el riesgo para evitar su desarrollo y evolución, reducir el impacto del riesgo

Para prevenir los riesgos, se pueden utilizar medidas de prevención primarias, secundarias, terciarias y cuaternarias.

Primarias: Evitar que disminuyen incidencias de riesgos

Secundarias: Detención y abordaje precoz de Efectos Adversos

Terciarias: Reducir las consecuencias de efectos adversos, evitar y reducir la repetición de riesgos.

Cuaternarias: Identificar a los pacientes con riesgo de sobretratamiento, para protegerlas de nuevas intervenciones médicas

Para mejorar la gestión en cuanto a seguridad del paciente, se suele utilizar para el análisis del sistema los Indicadores.

Indicadores: Datos cuantitativos, que permiten valorar la frecuencia en que suceden E.A. (Efectos Adversos), que dan información de la infraestructura y

funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios. Son datos fiables que permiten tomar decisiones para disminuir los riesgos y mejorar los servicios sanitarios

A continuación, se coloca una Figura extraída de la Organización Mundial de la Salud.



Figura 2 Soluciones para mejorar la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud

### La Lista de Chequeo o Verificación

De acuerdo con Izquierdo (2016), la lista de verificación o Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica es un mecanismo creado por la OMS, el cual es una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas que permite de manera sistemática, revisar los aspectos que se han identificado como críticos para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y permite reducir los eventos adversos evitables.

Según el manual de la OMS, se indica que, cada integrante del equipo médico quirúrgico ejerce un papel que influye en la seguridad de una operación

y así también determina su satisfactoria ejecución. El manual de la OMS presenta una guía sobre el uso de la Lista de verificación, o Check list, cuyo objetivo es ser aplicada para medir los resultados y servicios quirúrgicos. Cada medida de control de la mencionada lista, esta ideada y verificada por expertos en la materia con el fin de erradicar efectos adversos, lesiones en el pacientes y gastos innecesarios. Así como también fue confeccionada para que sea breve y simple.



Figura 3 Medidas para mejorar la gestión de la seguridad del pacientes de la OMS. Fuente: (Dextre,2013)

Muchas de sus indicaciones se ejecutan a nivel individual, sin embargo, no se cumplen completamente. Es por ello que se exhorta a los departamentos de cirugía a nivel mundial al uso y aplicación de esta lista de verificación y a estudiar la integración cautelosa, en la rutina de procesos quirúrgicos médicos. El principal

objetivo de la OMS, al crear la Lista de verificación de seguridad de la cirugía, es lograr disminuir los efectos adversos evitables, que ponen en riesgo la vida del paciente, a través de la adopción sistemática de las medidas de seguridad allí mencionadas. Entre otras cosas, el cumplimiento de la lista de la OMS permitirá una mejor comunicación entre los integrantes del equipo médico que será de utilidad para garantizar la aplicación adecuada de las normas de seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2008).

### **Importancia de Seguridad del Paciente**

La Seguridad del Paciente, componente de la Calidad de Atención cobró un rol mediático importante, luego de ser publicado del informe de USA “errar es humano” (Kohm, Corrigan, y Donaldson, 1999). Para Leape (2004), este informe fue considerado como el inicio para la toma de conciencia colectiva para mejorar la seguridad del paciente.

Este informe pone al descubierto la escasa cultura de seguridad en el entorno sanitario, sobre todo al referirse a la conducta de los profesionales sanitarios, asimismo se informó que hubo 44 098 muertes a consecuencia de fallas médicas, más aún si se trata de accidentes automovilísticos, el cáncer mamario y/o VIH/SIDA, con ello se motiva para estudiar a profundidad en las grandes ciudades, para tomar acciones y/o estrategias para proteger a los enfermos de los riesgos que se pueden evitar, derivados de la atención en salud, los mismos que trae consecuencias peligrosas que conducen a la muerte de las personas, su origen, en efecto involucra aspectos de orden institucional y además de las personas, además de otros organismos de tipo gubernamental, / académicos//y tecnológicos.

Por ello, que las organizaciones que realizan prestaciones de salud están replanteando sus procesos de trabajo y persiguen la seguridad como un objetivo institucional relevante. Además, se pone en evidencia que no se pueden alcanzar cambios permanentes e inmediatos en una organización, sino contamos con una verdadera cultura de seguridad del paciente. Este movimiento está puesto en

todo el mundo y también en nuestro país. Frente a las exigencias mundiales en relación con la seguridad de los pacientes, se considera que la cultura cumple un rol prioritario para que las instituciones prestadoras de salud puedan responder a los numerosos desafíos que se les plantean.

Según Gómez y Ramírez (2011) refieren que existen diversos estudios que demuestran que unas culturas positivas en las instituciones prestadoras de servicios en salud constituyen un requisito primordial para evitar la aparición incidente y eventos adversos, aprendiendo justamente de los errores de forma positiva y en equipo, y además permite modificar los procesos de modo que estos ya no ocurran.

Bajo esta perspectiva, la seguridad del paciente tiene una concepción más integral, puesto que su objeto de estudio es la persona humana. Sin embargo, Vincent (2013) definió a la seguridad del paciente como “prevención, profilaxis y mejora de los resultados desfavorables o lesiones derivadas del proceso del cuidado de la salud” (p.2).

La página de la Organización Mundial de la Salud (OMS,2018), revela los siguientes datos, que demuestran que la seguridad del paciente es de relevante importancia:

Los daños causados a los pacientes ocupan el 14° lugar en la lista de causas de morbilidad mundial, de forma similar como sucede con la tuberculosis y el paludismo. También explica que uno de cada diez pacientes sufre daños durante la estancia en el hospital. El uso de medicamentos de forma inadecuada puede matar o dañar a millones de personas, y son de alto costo monetario, puede costar desde miles hasta millones de dólares. Adicional a esto, la gestión de todos los aspectos de los eventos adversos representa el 15% del gasto sanitario. Si se logra mejorar la seguridad del paciente, se puede conseguir ahorros importantes en el área de la salud (OMS,2018).

La Organización Mundial de la Salud, también indica que catorce (14) de cada cien (100) pacientes fallecen anualmente por complicaciones quirúrgicas, y

más de un millón de pacientes fallece anualmente por ésta misma razón a nivel mundial. También indica que la falta de precisión o el retraso en el diagnóstico afectan a todos los entornos sanitarios y causan daños a una significativa cantidad de pacientes. A pesar de que la radioterapia ha mejorado la atención sanitaria, la exposición global a las radiaciones de uso terapéutico es peligrosa y representa un problema para la salud pública, y finalmente indica, que la mitad de los errores médicos en la atención primaria son de carácter administrativo (OMS,2018).

### **Cirugía Segura**

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en el área de salud. En la Asamblea número 55 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra en el año 2002, se manifestó la importancia del tema y la necesidad de definir normas y patrones en ese campo; en el año 2004 la Asamblea número 57 de la OMS aprobó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (Salud O. M., World Health Alliance for patient safety, forward programme, 2014), y se definieron pautas para reducir los errores en la atención en salud. En ese marco de acción, en junio de 2008, la 24 Alianza lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña “Cirugía segura salva vidas” (Salud O. M., 2008), cuyo propósito era conservar la seguridad de las cirugías en toda la sociedad, conceptuando un grupo básico de principios que puedan aplicarse en cualquier país.

Este conjunto de normas se recogió en una lista de verificación, según Haynes (2009), denominada Lista OMS de verificación de la seguridad en cirugía, compuesta por un conjunto de 19 puntos que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención.

### **Elementos de la cultura de la seguridad**

James Reason, el famoso psicólogo cognitivo de la Universidad de Manchester y autor de la “Teoría del Queso Suizo” sostiene que la cultura de Seguridad estaría compuesta por cinco elementos:

**Una cultura de la información:** la organización recolecta y analiza datos relevantes, y difunde la información de seguridad de manera activa.

**Una cultura del reporte:** se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias y sabiendo que se actuará sobre lo reportado.

**Una cultura de aprendizaje:** la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios.

**Una cultura justa:** en donde los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional, pero en donde se sanciona a quienes actúan temerariamente tomando riesgos de manera deliberada e injustificable.

**Una cultura flexible:** en donde la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio (Vitolo 2016 p. 2).

### **Etapas institucionales de la cultura de seguridad**

El primer paso para avanzar hacia una cultura de seguridad consiste en saber desde qué cultura se parte y comprender el impacto de dicha cultura sobre la seguridad de los pacientes. La construcción de una cultura de seguridad suele llevar un tiempo de maduración y resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa. Según Westrum, existirían distintos grados de “madurez”:

**Cultura Patológica:** No nos importa mucho la seguridad siempre y cuando no se difundan los daños que producimos.

**Cultura Reactiva:** La seguridad es importante. Hacemos mucho después de tener un accidente.



**Cultura de Cálculo:** Medimos todo y tenemos sistemas para manejar todos los riesgos y peligros.

**Cultura Proactiva:** Tratamos de anticiparnos a los problemas de seguridad antes de que aparezcan.

**Cultura Generadora:** La seguridad es la base de nuestro trabajo. (p.2).

### **Los pilares de la cultura de seguridad**

Según Vitolo (2016) la cultura de seguridad apoya sobre varios pilares básicos, entre ellos podemos mencionar el reporte y revelación de errores, el compromiso de los líderes, el trabajo en equipo y comunicación, la capacitación en la ciencia de la seguridad y la participación de los pacientes.

#### **Reporte y revelación de errores**

La creación de una atmósfera de transparencia en la que las personas no tengan miedo de reportar errores y eventos adversos es un desafío mayúsculo para la promoción de una cultura de seguridad, en la mayoría de las instituciones médicas todavía predomina el silencio y el encubrimiento. Desde una perspectiva de calidad y seguridad, la transparencia es el cimiento que permite aprender de los errores y crear un ambiente que apoye tanto a los pacientes como a los trabajadores de la salud, si no se conocen los problemas, no pueden diseñarse las soluciones, no habrá cultura de seguridad sin la generación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos y una evaluación justa de los mismos. Las sanciones disciplinarias deberían quedar reservadas para aquellos casos en los cuales conscientemente se incumple con normas y procedimientos establecidos o se actúa de manera temeraria, el castigo debería estar determinado por la conducta y no por el resultado final sobre el paciente.

La política de la institución con respecto a lo que se espera cuando se comete un error debe ser ampliamente comunicada y quienes reportan deben tener alguna forma de reconocimiento. Tan importante como el reporte de errores y eventos adversos es la devolución que se hace al personal a partir de los

mismos. Si las personas notifican, pero luego observan que no se hace nada para evitar reincidencias, el sistema de reporte fracasará (Vitolo 2016).

### **Compromiso de los líderes**

Algunas investigaciones en seguridad del paciente parecen demostrar que entre el 75% al 80% de las iniciativas para modificar conductas inseguras fracasan porque los líderes de la institución no están comprometidos ni activamente involucrados en las mejoras que se proponen. Una de las estrategias específicas que más recomiendan los especialistas para demostrar el compromiso de las autoridades con la seguridad consiste en la realización de “recorridos ejecutivos de seguridad”. Participan de las mismas las más altas autoridades no médicas, quienes son acompañados por Directores Médicos, supervisores y jefes. Este grupo de personas visita distintas áreas del hospital preguntando a los trabajadores de la primera línea cuestiones específicas de seguridad. El porqué de estas visitas debe quedar claro para todos. Algunas de las preguntas que suelen hacerse en estas recorridas son: ¿Puede recordar algún incidente o evento adverso que haya ocurrido en el servicio en los últimos días y que aumentó el tiempo de internación de un paciente?, ¿Puede recordar algún paciente que haya sufrido un daño a consecuencia de problemas en nuestra forma de brindar atención? ; ¿Qué aspectos de nuestro ambiente de trabajo pone en peligro a los pacientes?, ha desarrollado algún método personal para prevenir errores (ej. recordatorios, lista de verificación segura , etc), entre otras preguntas más.

Estas recorridas deberían tener una frecuencia semanal, con una duración aproximada de una hora. Si bien estas visitas podrían reprogramarse de acuerdo con la agenda de los participantes, jamás deberían ser canceladas. Estos encuentros brindan a los líderes la oportunidad de escuchar de primera mano las opiniones del personal asistencial con respecto a los errores y eventos adversos, la información clave obtenida en las recorridas debería ser documentada y analizada de manera tal que los problemas identificados puedan ser abordados de manera efectiva (Vitolo 2016).

### **Trabajo en equipo y comunicación**

Otro de los fundamentos de una cultura de seguridad es el desarrollo de equipos altamente efectivos, los equipos cometen menos errores que los individuos, especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás. Se deben desarrollar entonces los conocimientos, habilidades y actitudes para que las distintas personas que trabajan en la institución funcionen como tal. Los equipos de alto rendimiento se caracterizan por:

**Líder claramente identificado;** los líderes efectivos definen metas, asignan funciones, comparten información, controlan la ejecución y son capaces de modificar un plan en caso de ser necesario. Para eso establecen “reglas de compromiso” entre los integrantes del equipo, asignan y administran los recursos de la mejor manera posible. Su conducción debe servir para facilitar la resolución de conflictos.

**Conciencia de situación;** los miembros de los equipos de alto rendimiento comparten modelos mentales. Los “modelos mentales” mencionados, no son más que la visión o creencia que percibimos de nosotros mismos, acerca del resto de personas, de las organizaciones y del resto de características de nuestro medio ambiente. Los modelos mentales vienen siendo una especie de filtro, mediante el cual, se modifican, sin darnos cuenta nuestra percepción e ideas de las cosas que juzgamos y nos rodean. Estos modelos tienen que ver con lo que sentimos y lo que hacemos, más que con lo que decimos, lo cual puede ser diferente. Los modelos mentales determinan lo que percibimos y lo que hacemos en consecuencia. Mediante esta disciplina, las personas son conscientes de su propio pensamiento y razonamiento, haciéndolo visible a los demás y realizando a su vez preguntas para clarificar el pensamiento y razonamiento de otros. Parte de esta conciencia de situación consiste en reconocer y compartir las condiciones actuales que afectan al trabajo del equipo. Esto incluye saber no sólo el estado del paciente, sino también el estado físico y emocional de los miembros del equipo, las condiciones ambientales y el progreso real hacia la meta buscada.

**Comunicación efectiva;** los problemas de comunicación son la causa raíz de la mayoría de los eventos centinela (eventos adversos con lesiones graves o muertes) denunciados a la Joint Commission. La comunicación es efectiva cuando: El emisor y el receptor entienden y comparten el mensaje de la misma manera o cuando la información es transmitida a la persona correcta, en la forma correcta y en el momento correcto y/o cuando genera una visión compartida y entendible de la información a través de toda la organización, fomenta la cooperación, colaboración y trabajo en equipo, promoviendo la discusión de temas, el aprendizaje desde los errores y utiliza distintas técnicas de comunicación estructurada.

Por último, la comunicación no se transmite sólo de manera verbal o escrita sino también a través de la conducta. Las jerarquías hospitalarias tradicionales que colocan a los médicos muy por encima del resto del equipo de salud pueden llevar a la intolerancia con las sugerencias o comentarios de quienes no son médicos, devaluando las contribuciones de enfermeras, técnicos o administrativos, esta intolerancia puede llevar a su vez a conductas irrespetuosas y disruptivas, que conspiran contra la comunicación y cooperación necesaria para garantizar la seguridad de los pacientes (Vitolo 2016).

### **Capacitación en seguridad**

Un aspecto central para la creación de una cultura de seguridad es la capacitación y entrenamiento de los administradores, jefes, médicos, enfermeras y resto del personal en la ciencia de la seguridad. El conocimiento acerca de la causalidad de accidentes y de los fundamentos de la seguridad del paciente deberían extenderse desde las áreas de las calderas hasta las salas del Directorio, y todas las personas deberían asumir su responsabilidad en la generación de un ambiente seguro para los pacientes y empleados. Todo personal nuevo, independientemente del rango y puesto debería recibir una inducción acerca de los planes de seguridad que tiene la institución y recibir una

capacitación específica sobre los objetivos y los planes de acción destinados a crear y mantener una cultura de seguridad. La capacitación y el entrenamiento pueden ser abordados desde diferentes ángulos. Algunas herramientas educativas son:

**Entrenamiento en teoría del error;** Historia de la seguridad del paciente a partir del informe “Errar es Humano”. Causas de errores en la atención de la salud. Modelo del “queso suizo” en la causalidad de eventos adversos. Factores Humanos, barreras defensivas, deficiencias del sistema, etc. Adaptación de herramientas de otras industrias. Reportes de incidentes, análisis de causa raíz, etc.

**Entrenamiento en comunicación y trabajo en equipo;** En estas capacitaciones en general se realizan ejercicios de reafirmación personal, empoderando al personal a hablar de frente y decir lo que piensa, pudiendo “parar la línea de producción” si considera que alguien está en riesgo. También se enseñan y practican técnicas de comunicación efectiva y de conciencia de situación, se dan pautas para las “mini reuniones” de planificación y de análisis de lo actuado (“*briefings*” y “*debriefings*”).

**Relato de historias sobre eventos adversos, errores y éxitos en seguridad del paciente;** probablemente no exista mejor forma para inspirar el cambio cultural que una historia de vida bien contada.

**Simulacros y juego de roles;** Muchas otras industrias, particularmente la aviación, realizan simulacros para enseñar a las personas a reconocer los problemas y a comprender los efectos de sus reacciones sobre la seguridad. La técnica es especialmente útil para preparar al personal para situaciones propensas al error, de alto riesgo o inusuales. Cualquier organización puede beneficiarse de estas simulaciones, en cualquier ámbito. Desde simular un paro cardíaco, a la caída de un paciente de la cama, a un evento adverso en cirugía.

### **Participación de los pacientes**

Según Vitolo (2016) si bien la seguridad en la atención es una responsabilidad indelegable de los profesionales de la salud e instituciones médicas, los mismos dependen de una activa participación y compromiso de los pacientes para garantizarla. Los pacientes y sus familias pueden ser una gran barrera defensiva contra los eventos adversos, y de hecho son a menudo la mejor fuente de información. La participación de los pacientes en verificaciones de seguridad y la posibilidad de preguntar y opinar en las recorridas multidisciplinarias hacen que se sientan valorados. Por otra parte, sus comentarios ayudan con frecuencia a identificar errores, todo el personal debería estar entrenado para escuchar activamente y tomar muy en serio lo que los pacientes y sus familias tienen para decir. La participación de ellos en iniciativas de seguridad es una de las características de las culturas de seguridad del paciente más evolucionadas (p.4).

### **Fundamentos de la seguridad asistencial**

Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

#### **La teoría del error de Reason**

Reason (2000) propuso un modelo de teoría que fundamenta porque se produce un accidente humano o una falla. Su tipología para los errores humanos en el trabajo o con ocasión del trabajo es conocida como el *modelo del queso suizo*.

El modelo del queso suizo de causalidad es un modelo utilizado en el análisis de riesgos y gestión de riesgos, usado en la aviación, la ingeniería y la asistencia sanitaria. Esto fue propuesto originalmente por Dante Orlandella y James T. Reason de la Universidad de Mánchester, y se ha ganado ya una amplia aceptación. A veces se llama el modelo del efecto acumulativo.

En este modelo se distinguen los errores propios del comportamiento humano, los errores activos, de los errores estructurales del diseño de los

procesos, los errores latentes, con el fin de poder visualizarlos y tratarlos separadamente. Los errores activos son los actos inseguros realizados por personas que se encuentran en los diferentes procesos o en contacto directo con el cliente; se presentan en formas variadas: deslices, lapsus, torpezas, tropiezos, errores y violaciones de procedimientos. Los errores latentes son los “residentes patógenos” inevitables dentro de cualquier sistema, surgen de decisiones tomadas por los diseñadores, creadores, editores de procedimientos, y son avaladas por la alta Dirección (Martínez 2012).

### **La cultura de seguridad (CS):**

Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad y, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar. La seguridad del paciente se ha convertido en un tema prioritario para los prestadores de salud en el mundo, pero ¿de qué hablamos, en relación con la seguridad del paciente?

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), seguridad del paciente es la disminución del riesgo de daño asociado a la asistencia de la salud a un mínimo aceptable, Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.

El gran objetivo de la seguridad del paciente es REDUCIR EL DAÑO y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana (Rocco y Garrido 2007 p.787).

De acuerdo a Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus y Soto , la cultura de seguridad del paciente está vinculada con las creencias y actitudes que vinculan a las personas en su quehacer diario para afianzar que no desarrollara algún daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud y definen a la cultura de seguridad como a un conjunto de creencias y actitudes

que emergen a partir del desarrollo de una investigación y práctica diaria encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. (Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus y Soto ,2011).

### **Tipos de Investigaciones para mejorar la seguridad del paciente**

Merino (2011) dice que la investigación orientada a optimizar la seguridad del paciente presenta como finalidad buscar respuestas que logren optimizar la seguridad de la atención y prevenir posibles algún daño a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprender las siguientes facetas; establecer o determinar la gravedad del daño y la cantidad y tipología de eventos adversos que dañan al paciente, comprender las razones primordiales de los perjuicios producidos a los pacientes, determinar o establecer soluciones para lograr que la atención sanitaria sea mucho más segura (p.3).

#### **1.3.1. Aproximación Teóricas**

Cuando se habla de seguridad del paciente en el área quirúrgica, es tener en cuenta la lista de verificación segura, la cual se trabajó para permitir a los equipos quirúrgicos erradicar los daños al paciente, ideado como una herramienta versátil de uso sencillo y practico, debido a que es imposible calificar un procedimiento quirúrgico sin contar con algún instrumento válido hacia la atención de los pacientes.

La lista de verificación, Check list o lista de chequeo de cirugía segura se define como un instrumento al alcance de los profesionales de la salud que permite optimizar la seguridad en las intervenciones u operaciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables (Seiden 2010).

Cirugía segura según la OMS (2013), esta considerada como una herramienta de vital importancia en el área quirúrgica con la única finalidad de disminuir los eventos adversos, proporcionando siempre la seguridad del paciente.



**Dimensión 1: Antes de la inducción a la anestesia.**

Según la entidad internacional en salud *Joint Commission International* (2016) es el inicio de la lista de verificación segura la cual lo realiza la enfermera circulante hacia el anesthesiólogo antes que este realice la inducción de anestesia, en presencia del paciente el cual debe estar consciente, de tal manera que escuche que sus datos son correctos para poder evitar algún evento adverso. Se tiene que corroborar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico a operar que también este marcado, el procedimiento que se va a realizar a la vez se corrobora que los consentimientos informados ya se de anestesia como de cirugía estén firmados. El anesthesiólogo verificara el control de su seguridad de su máquina, como que el Pulsoxímetro este funcionando. Un punto importante es verificar si el paciente es alérgico algún medicamento, si presenta dificultad en el proceso de la intubación si es así, se debe tener los dispositivos necesarios para poder contrarrestar esta medida. Y por último si se tiene disponibles paquetes de hemoderivados si se solicitara de emergencia.

**Dimensión 2: Antes de la Incisión Cutánea**

Llamada también pausa quirúrgica, donde la enfermera circulante lo realiza dirigido hacia el cirujano principal, antes que este realice la primera incisión para empezar su cirugía. El paciente ya se encuentra anestesiado. Se empieza cuando el cirujano confirma verbalmente que todos los miembros de la sala de operaciones se han presentado con su función específica. Luego el cirujano confirmara la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento que realizara, a la vez también debe repasar pasos críticos que pudieran ocurrir en plena cirugía. La enfermera instrumentista confirmará la esterilidad de sus materiales y ya al finalizar se preguntará si se realizó la administración de algún antibiótico (*Joint Commission International* 2016).

### **Dimensión 3: Antes de la Salida del Quirófano.**

Es la última parte de la lista de verificación segura, que se realiza antes que salga el paciente de quirófano, cuando ya haya finalizado el procedimiento quirúrgico. Este acto va dirigido a la enfermera instrumentista confirmando el nombre del procedimiento quirúrgico, que el recuento de todos los instrumentos esté completo, tanto sean punzocortantes como pinzas, esponjas, gasas, etc. Si se había ameritado sacar alguna muestra biológica si estás estén rotuladas con todos los datos correspondientes. También se afirma si hubo algún problema con el instrumental o equipos. Y finalizando, pero importante el anestesiólogo y cirujano deben repasar los aspectos claves para la recuperación inmediata del paciente (*Joint Commission International* 2016).

Es muy importante que este Check list sea realizado por una sola persona, ya que por cada dimensión que se realice esta va colocando hora y sello de la enfermera circulante (OMS 2008).

## **1.4 Formulación del Problema**

### **Problema general.**

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?

### **Problemas específicos.**

#### **Problema específico 1**

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?

#### **Problema específico 2**

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?

### **Problema específico 3**

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?

#### **1.5 Justificación**

La seguridad del paciente se ha convertido desde algunos años, en un objetivo primordial de los sistemas de atención sanitaria, por la gran incidencia de eventos adversos por parte del personal de salud y por ende también la importancia de realizar investigaciones en el tema. La investigación se justifica por las siguientes razones:

##### **1.5.1 Justificación teórica**

Vincent (2013) definió a la seguridad del paciente como la “prevención, profilaxis y mejora de los resultados desfavorables o lesiones derivadas del proceso del cuidado de la salud” (p.2).

García, Díaz y Pérez (2014) mencionaron: “es necesario tener un Programa de Seguridad del Paciente con protocolos bien estructurados en cada Institución sanitaria encaminados a las herramientas necesarias para evitar eventos adversos “(p.63).

El estudio y resultados alcanzados valdrán de insumo a las jefaturas inmediatas hasta la dirección médica, de modo que implementen nuevas perspectivas y estrategias de gestión del riesgo cuya finalidad principal es la adopción de una cultura de seguridad del paciente. Realizar un estudio a una clínica la cual está acreditada por la Joint Comision donde su lema infaltable es seguridad del paciente no se encuentra ya que se asume que es ahí donde un paciente suela sentirse seguro, pero según todos los precedentes aún no se puede garantizar una seguridad total, es ahí donde el siguiente estudio ayudara

a modificar las políticas establecidas todas en beneficio de una única persona, el paciente.

### **1.5.2 Justificación Práctica**

El presente trabajo de investigación contribuye brindando información sobre el problema de la falta de cultura de seguridad con el propósito de dar a conocer o replantearse nuevas políticas para que sean usadas tanto por el personal médico y enfermeras. A la vez mediante el trabajo se podrá medir un porcentaje positivo de los que si ejecutan una buena cultura de seguridad en beneficio al paciente, las cuales podrán ser de guías de los que aún no tienen un buen conocimiento.

### **1.5.3 Justificación Metodológica.**

El trabajo de investigación ayudara como referencia para otros trabajos ya que el área de investigación es sala de operaciones y es en la cual no se cuenta muchas investigaciones a la vez el trabajo esta validado por un instrumento confiable por tanto los resultados estarán muy bien analizados. También en dicha investigación se puede encontrar lo que es seguridad de paciente a nivel quirúrgico lo que nos lleva a hablar en una buena ejecución de la lista de verificación segura.

### **1.5.4 Justificación Social**

El presente trabajo de investigación beneficie en primera instancia a los pacientes, a continuación, a los mismos médicos y enfermeras realizando así un buen proceso de cultura de seguridad y a la vez también a la clínica San Pablo, ya que como se sabe es un lugar donde supuestamente prima en un 100% la seguridad, pero la realidad es otra.

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis General.**

Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

### **1.6.2 Hipótesis Específicas.**

#### **Hipótesis específica 1**

Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

#### **Hipótesis específica 2**

Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

#### **Hipótesis específica 3**

Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

### **1.7 Objetivos**

#### **1.7.1 Objetivo General**

Comparar el nivel de cultura de seguridad de paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.

#### **1.7.2 Objetivos Específicos.**

##### **Objetivo específico 1**

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.

##### **Objetivo específico 2**

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.

**Objetivo específico 3**

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.

## **II. Método**

## 2.1 Diseño de investigación

El método de estudio del trabajo fue hipotético deductivo porque, consiste en hacer observaciones manipulativas y análisis, a partir de las cuales se formulan hipótesis que serán comprobadas mediante experimentos controlados (Pascual, Frías y García 1996 p. 9).

Según su naturaleza el estudio fue de enfoque cuantitativo porque usa la descripción de la información para así corroborar la hipótesis, la cual se basa en analizar estadísticamente, con la cual se verifica cuáles son los patrones de comportamiento en la recolección de datos para corroborar algunas hipótesis (Sampieri 1991).

La investigación es de tipo básica porque, representa el estudio dedicado a descubrir y comprender las leyes o parámetros generales de los fenómenos investigados, elaborando teorías de alcance importante (Ander – Egg 1977 p.33).

La investigación fue de tipo no experimental porque, es cuando no hay evidencia de manipular las variables entonces se puede decir que todo es tal y como es.

El diseño del estudio fue de corte transversal porque el instrumento fue aplicado en una sola oportunidad a los sujetos de la investigación (Hernández, et al 2010).

La investigación es de nivel descriptivo comparativo debido a que distingue el fenómeno obtenido de las muestras. También se aplica cuando hay más poblaciones y se tiene que trabajar con las variables (Calderón 2011 p.11).

El diagrama de este diseño es como se muestra a continuación:



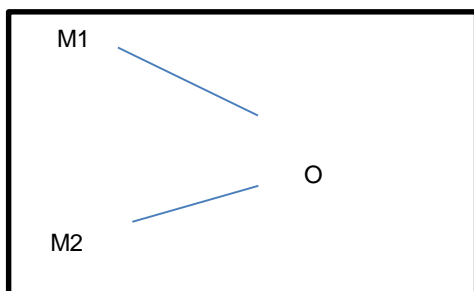


Figura 1. Diagrama del diseño descriptivo comparativo

Donde:

M1= Muestra de estudio de médicos del área quirúrgica de la clínica San Pablo

M2= Muestra de estudio de enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo

O = Nivel de cultura de seguridad del paciente

## 2.2 Variables, Operacionalización

### 2.2.1 Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

#### Definición conceptual

Al respecto, Vincent (2013) propuso una nueva definición: Es el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (p. 5).

#### Definición operacional

Para medir la cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica, se ha tomado el instrumento de la Lista de Verificación Segura, que se encuentra validado globalmente. (OMS 2004). Es un cuestionario de 27 ítems, plantea 3 dimensiones que son:

- (1) Antes de la inducción, con (16 ítems), (2) Antes de la incisión cutánea (6 ítems) (3) Antes de la salida del quirófano con (5 ítems), con una escala de valores de SI=1 (Respuesta correcta) y NO=0 (Respuesta Incorrecta)

## 2.2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de la variable Cultura de Seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escaleras	Valores
Antes de la inducción a la anestesia	Identidad de paciente	1,2,3,4,5,6,		
	Sitio quirúrgico	7,8,9,10,11,		
	Procedimiento	12,13,14,15		
	Consentimiento informado y firmado.			
	Sitio marcado			
	Control de seguridad Anestésica			
	Oxímetro colocado y funcionado			0-9
	Alegría		1=SI (respuesta correcta)	Mala cultura del Seguridad del paciente
	Dificultad en la intubación		0=NO(respuesta incorrecta)	
	Dispositivos para solucionar			10-18 Regular cultura de seguridad del paciente
Antes de la incisión cutánea	Acceso intravenoso y Administración de fluidos			
	Riesgo de pérdida Sanguínea			
	Disposición de paquetes Sanguíneo			19-27 Buena cultura de seguridad del paciente
	Disponibilidad de dispositivos médicos.			
	Imágenes Radiológicas			
	Equipo necesario			
	Confirmación de los miembros del equipo con nombre y función			
	Cirujano anesteológico e instrumentos confirman identidad, sitio procedimientos.	17,18,19,20, 21,		
	Repaso de pasos críticos			
	Considerando específicas del Paciente			
Esterilidad del instrumento				
Profilaxis antibióticas				
Antes de la salida Del Quirófano	Nombre del procedimiento realizado			
	Recuento de instrumental			
	Rotulación de muestras Bilógicas			
	Problemas con equipo o Instrumental			
	Aspectos claves para manejo De recuperación y post operativo.	22,23,24,25, 26		

## 2.3 Población, muestra

### Población

Según Tamayo (2012) señala que es el conjunto total de un proceso de estudio, en el cual está conformado por el resultado del total de cada unidad de análisis y que luego se contabiliza para un proceso de estudio, conformando un grupo de N entidades que colaboren en una particular característica, a la cual se le llama la población por conformarse la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación.

La población considerada para el estudio estuvo conformada por médicos y enfermeras del centro quirúrgico de la clínica San Pablo, que hacen un total 186.

### Muestra

La muestra está representada en la siguiente tabla.

Tabla 2

#### *Distribución de la muestra*

Especialidad	Área	Total
Enfermería	Sala de operaciones	48
Medicina	Sala de operaciones	86

*Fuente:* Departamento de Enfermería – Sala de operaciones

### Muestreo

El muestreo será no probabilístico porque Según Cuesta (2009), es una técnica de muestreo que consiste en recoger las muestras en un proceso desigual para todos los individuos, es decir, no permite a todos los individuos de la población la misma oportunidad de ser escogido.

## **Criterios de selección**

### Criterios de Inclusión.

- Médicos cirujanos registrados que laboran en el complejo hospitalario de la clínica San Pablo.
- Médicos cirujanos invitados en los últimos 6 meses para realizar cirugías en la clínica San Pablo.
- Enfermeras especialistas que laboran en el centro quirúrgico de la clínica San Pablo.

### Criterios de Exclusión.

- Médicos cirujanos de vacaciones.
- Médicos que no se encuentren en la clínica por algún motivo (congresos, descanso médico, etc.).
- Médicos cirujanos invitados para alguna cirugía en particular
- Enfermeras de centro quirúrgico de vacaciones o de licencia de maternidad.

## **2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y fiabilidad**

### **Técnica e instrumentos de recolección de datos**

#### **2.4.1 Técnica**

La técnica utilizada fue la encuesta, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz.

Trespalacios, Vázquez y Bello (2010), indican que las encuestas son instrumentos utilizados para una investigación descriptiva que permite esquematizar de forma precisa y en primer lugar las interrogantes a llevar a cabo, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la población,

especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo.

### **Instrumento**

Según la técnica del estudio realizado, el instrumento para recolectar la información será el cuestionario porque, según Casas (2003) el cuestionario es un documento donde se recopila de forma sistemática y ordenada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta (p. 528).

El instrumento utilizado en la presente investigación consta de un cuestionario el cual contiene 27 preguntas, dicho instrumento está construido bajo los criterios de la lista de verificación segura que se realiza en una cirugía, la cual esta validada por la OMS. Cada pregunta tiene tres alternativas, siendo solo una la respuesta correcta, la cual se puede considerar como pregunta aprobada y respuesta mal respondida o incorrecta como pregunta desaprobada, estando estas en la escala de dicotómicas en SI y NO.

La lista de verificación o lista de chequeo de la seguridad de la cirugía se ideó con el objetivo de ayudar a los equipos quirúrgicos a erradicar, reducir o evitar los daños al paciente, viene siendo una herramienta práctica y de sencilla utilización; debido a que no es posible evaluar de forma correcta la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención (OMS,2009).

### **Ficha técnica del cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente**

**Nombre:** Lista de Verificación Segura

**Autores:** Organización Mundial de la Salud (OMS)

**Año:** 2004

**Adaptado:** Ministerio de Salud del Perú

**Institución:** *Clínica San Pablo*

**Validado:** Joint Commissions International

**Significancia:** El instrumento tiene 3 dimensiones, Antes de la inducción de la anestesia, Antes de la incisión cutánea, Antes de la salida del quirófano.

**Extensión:** El test consta de 27 ítems.

**Administración:** Individual.

**Duración:** El tiempo de duración de la prueba es de aproximadamente 10 minutos.

**Aplicación:** El ámbito para su aplicación son las enfermeras y médicos del área quirúrgica de la clínica San Pablo.

**Puntuación:** Respuesta correcta / Si = 1; Respuesta incorrecta/ No = 0

#### 2.4.2 Validez y fiabilidad

La validez, está definida como “el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido” (Arribas, 2004 p.27).

La validez del instrumento se encuentra ya validada por tres expertos concluyendo que el instrumento era adecuado, pertinente, relevante y claro.

Tabla 3

*Validez del instrumento, según expertos*

Experto	Cultura de seguridad del paciente				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Dra. Gabriela Muñoz Menéndez	Si	si	si	si	Aplicable
Dra. Teresa Campana Añasco	Si	si	si	si	Aplicable
Dr. Julio Morón Castro	Si	si	si	si	Aplicable

*Fuente:* Certificado de validez

## Confiabilidad de los instrumentos

Para Ander Egg (2002), el término confiabilidad se refiere a "la exactitud de con que un instrumento mide lo que pretende medir (p. 44).

*Tabla 4*

### *Coeficiente de confiabilidad-KR-20*

Instrumento	KR-20	N. Ítems
Cultura de Seguridad del Paciente	0,83	27

*Fuente:* Resultados de SPSS 23

## 2.5 Métodos de análisis de datos

Se procedió a organizar los resultados para formar una base datos, posteriormente se procedió a su análisis en el programa estadístico SPSS 25, teniendo en consideración la codificación de la encuesta, se organizó los ítems en base a su respectiva dimensión, se calculó la sumatoria parcial y la sumatoria total de los datos recolectados a través del instrumento que mide la variable Cultura de seguridad del paciente.

## 2.6 Aspectos éticos

Para el componente ético se solicitó autorización a la Clínica San Pablo – Surco, al servicio de sala de operaciones, correspondientemente a los jefes inmediatos de dicha área para la aplicación de la encuesta. La autora del presente estudio declara que el interés es de tipo académico, y que guardará reserva y confidencialidad absoluta en sus diferentes etapas (aplicación, tabulación, análisis y resultados) así como el manipuleo arbitrario.

### **III. Resultados**



### a. Resultados descriptivos

Tabla 5

*Antigüedad en el cargo, enfermeras*

Antigüedad en el cargo	f	%
6 años o más	2	4.2%
4 - 5 años	18	37.5%
1 - 3 años	8	16.7%
< 1 año	20	41.7%
Total	48	100.0%

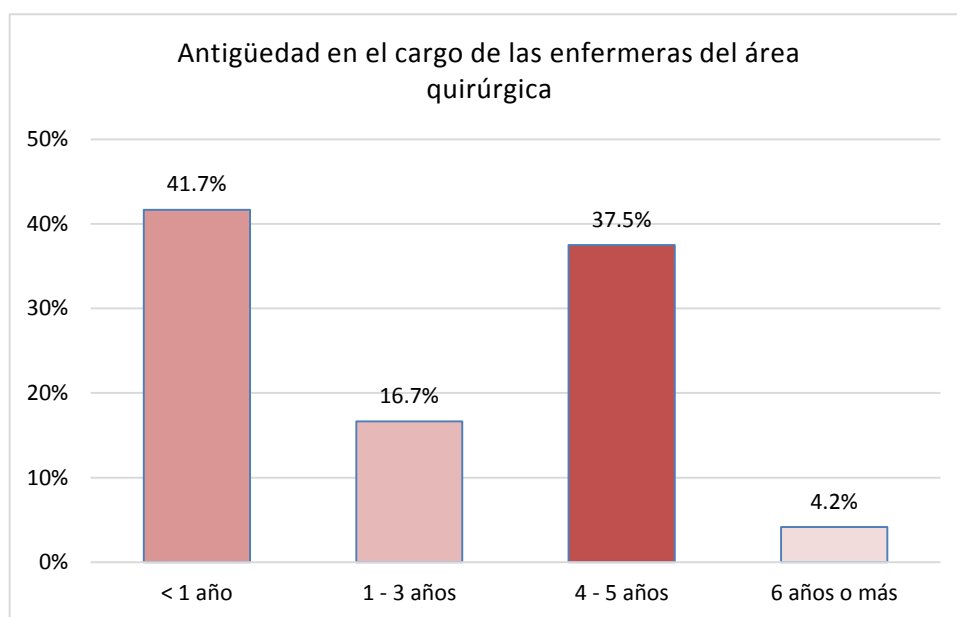


Figura 4 Antigüedad en el cargo, enfermeras.

La mayoría de las enfermeras poseía menos de 1 año en el cargo (41.7% del total de enfermeras del área quirúrgica) en segundo término estaban las enfermeras con antigüedad entre 4 y 5 años (37.5%) luego las que poseían de 1 a 3 años de

experiencia (16.7%) y al final, estuvo el grupo con mayor experiencia, 6 años a más (4.2%)

Tabla 6

*Antigüedad en el cargo, médicos*

Antigüedad en el cargo	f	%
6 años o más	39	45.3%
4 - 5 años	25	29.1%
1 - 3 años	12	14.0%
< 1 año	10	11.6%
Total	86	100.0%

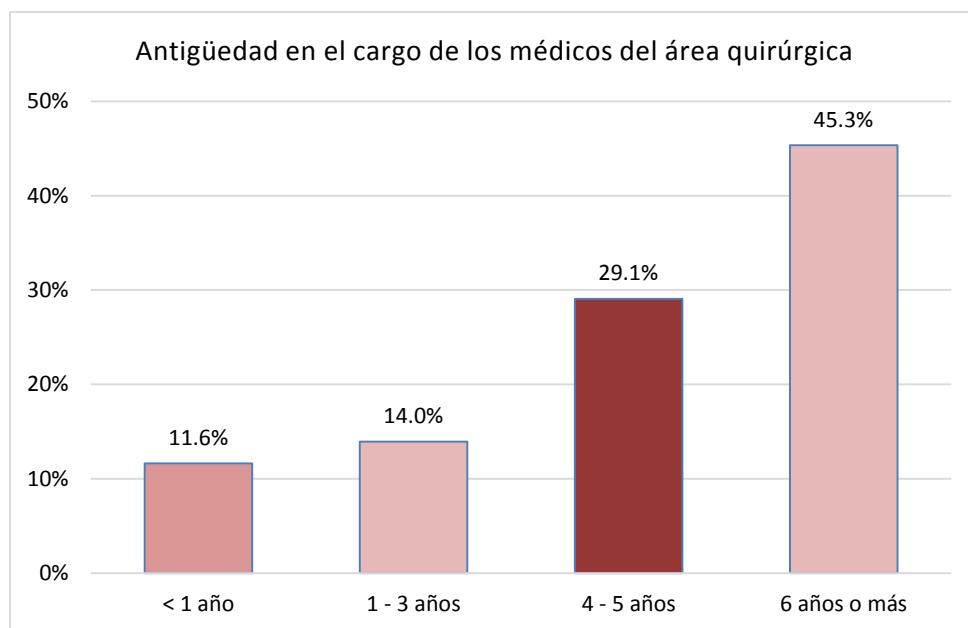


Figura 5 Antigüedad en cargo, médicos

La mayoría de los médicos poseía de 6 años a más en el cargo (45.3% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo término estaban los médicos con antigüedad entre 4 y 5 años (29.1%) luego quienes poseían de 1 a 3 años de experiencia (14%) y al final, estuvo el grupo con experiencia menor a 1 año (11.6%)

**Variable: Cultura de seguridad relativa al paciente**

Tabla 7

*Distribución por niveles de Cultura de seguridad relativa al paciente, área quirúrgica.*

		Medicina		Enfermería	
		f	%	f	%
Cultura de seguridad en relación al paciente, área quirúrgica	Bueno	62	72.1%	24	50.0%
	Regular	24	27.9%	24	50.0%
	Malo	0	0.0%	0	0.0%
Total		86	100.0%	48	100.0%

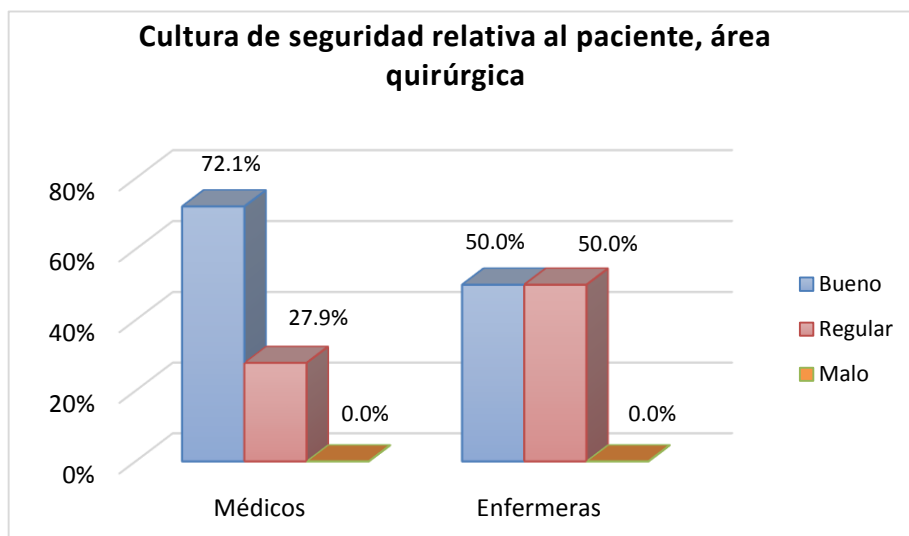


Figura 6 Niveles de Cultura de seguridad relativa al paciente, área quirúrgica

Según la tabla 7 y figura 6, el porcentaje más alto de médicos poseía una buena Cultura de seguridad hacia el paciente (72.1% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo orden estuvieron los médicos con nivel regular (27.9%) no hubo médicos que estaban en el nivel bajo de conocimiento de cultura de seguridad del paciente.

En el caso de las enfermeras, fueron iguales las proporciones de aquellas que poseían nivel bueno de Cultura de seguridad hacia el paciente (50% del total de enfermeras del área quirúrgica) y las que poseían regular (50%) no se presentaron casos con bajo nivel.

En la figura 6, representación de la tabla 8, la distribución hace suponer la Cultura de seguridad está más afianzada en los médicos que en las enfermeras, pero como se verá más adelante el test estadístico correspondiente no corrobora dicha apreciación.

### **Dimensión: Cultura de seguridad relativa al paciente antes de la inducción de la anestesia, área quirúrgica**

Tabla 8

*Distribución según niveles de la dimensión Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia, área quirúrgica*

		Medicina		Enfermería	
		f	%	f	%
Cultura de seguridad antes de la inducción de la Anestesia	Bueno	36	41.9%	16	33.3%
	Regular	49	57.0%	32	66.7%
	Malo	1	1.2%	0	0.0%
Total		86	100.0%	48	100.0%

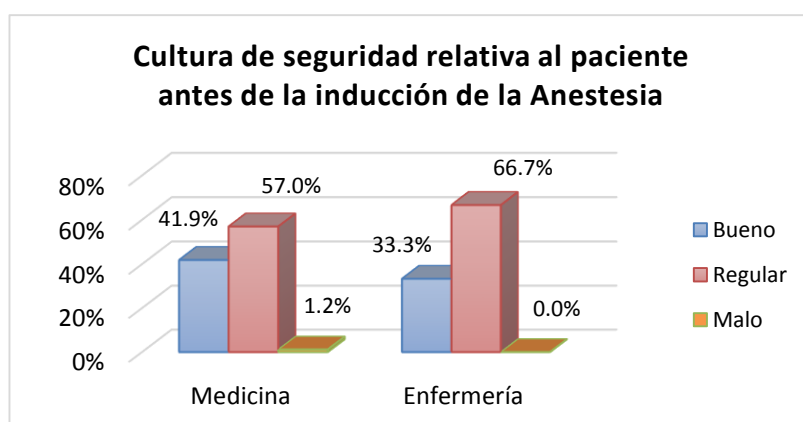


Figura 7 Niveles de Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia, área quirúrgica

En relación con la dimensión Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia, los resultados mostrados en la Tabla 8 indican que la mayor proporción de médicos poseía un nivel regular (57% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo lugar estuvieron los médicos con nivel bueno (41.9%) y al final los médicos con nivel bajo en la dimensión referida (1.2%)

De otra parte, las enfermeras en relación con los niveles de Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia se distribuyeron de la siguiente forma, el grupo que tenía un nivel regular fue el de mayor proporción (66.7% del total de enfermeras del área quirúrgica) y luego estuvo el grupo con nivel bueno (33.3%) no hubo enfermeras con bajo nivel en la dimensión referida.

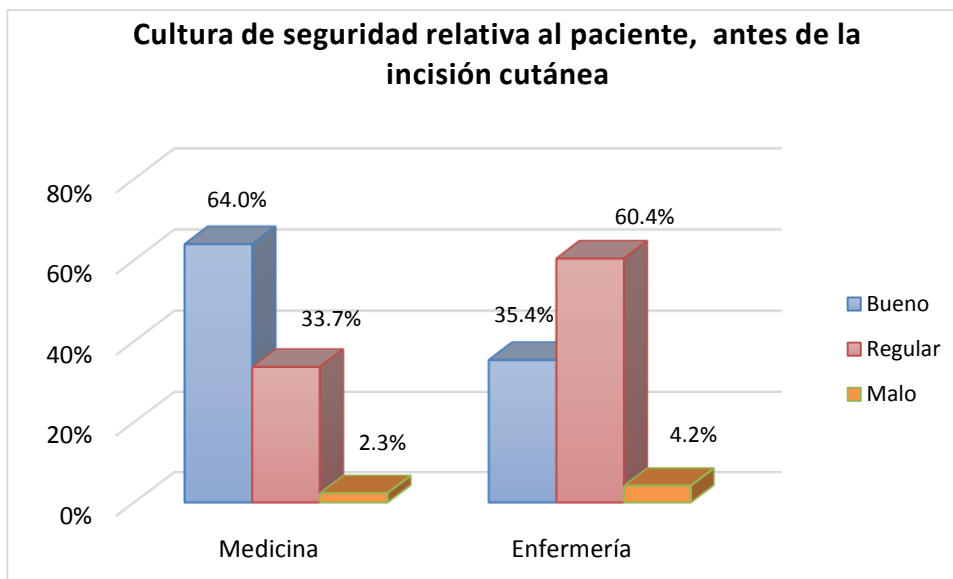
En la figura 7, representación de la tabla 8, la distribución hace suponer la Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia está más afianzada en los médicos que en las enfermeras, pero como se verá más adelante el test estadístico correspondiente no corrobora dicha apreciación.

### **Dimensión: Cultura de seguridad relativa al paciente antes de la incisión cutánea, área quirúrgica**

Tabla 9

*Distribución según niveles de Cultura de seguridad en el área quirúrgica antes de la incisión cutánea*

		Medicina		Enfermería	
		f	%	f	%
Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea	Bueno	55	64.0%	17	35.4%
	Regular	29	33.7%	29	60.4%
	Malo	2	2.3%	2	4.2%
Total		86	100.0%	48	100.0%



*Figura 8* Niveles de Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea, área quirúrgica

Según la tabla 9 y figura 8, la mayor proporción de médicos poseía una buena Cultura de seguridad hacia el paciente (64% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo término quedó el grupo de médicos con nivel regular (33.7%) y solamente un reducido grupo poseía nivel bajo (2.3%)

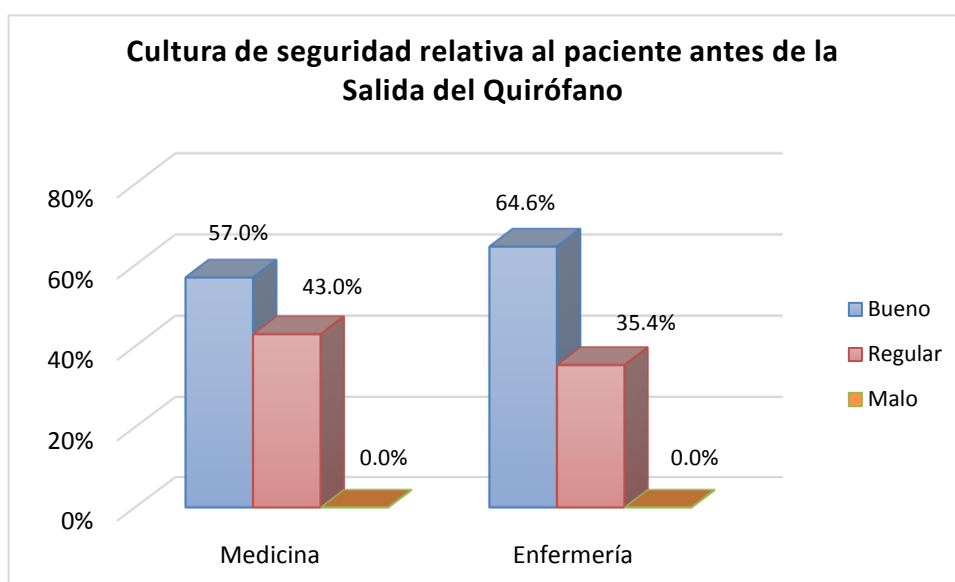
Por otro lado, en las enfermeras, el grupo que tenía un nivel regular de Cultura de seguridad hacia el paciente constituía la mayor proporción (60.4% del total de enfermeras del área quirúrgica) seguida del grupo con nivel bueno (35.4%) y al final una reducida proporción con bajo nivel (4.2%)

En la figura 8, representación de la tabla 9, la distribución hace suponer la Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea está más afianzada en los médicos que en las enfermeras, lo cual es acertado tal y como se verá más adelante en el test estadístico correspondiente.

Tabla 10

*Distribución según niveles de Cultura de seguridad en el área quirúrgica antes de la salida del quirófano.*

		Medicina		Enfermería	
		f	%	f	%
Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano	Bueno	49	57.0%	31	64.6%
	Regular	37	43.0%	17	35.4%
	Malo	0	0.0%	0	0.0%
Total		86	100.0%	48	100.0%



*Figura 9 Niveles de Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano*

Según los resultados de la tabla 10 y representados en la figura 9, se puede suponer que la cultura de seguridad está más afianzada en las enfermeras que en los médicos, apreciaciones éstas que, sin embargo, el test estadístico correspondiente no corrobora tal y como se verá más adelante.

## Pruebas de hipótesis

### Hipótesis general

Ho: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Tabla 11

*Comparación de la Cultura de seguridad en el área quirúrgica, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney*

	Profesión	N	Rango promedio	Suma de rangos	Resultados prueba U de Mann Whitney
Cultura de seguridad en el área quirúrgica	Medicina	86	71.34	6135.50	U = 1733.5
	Enfermería	48	60.61	2909.50	Z = -1.547
	Total	134			p = 0.122

Fuente: Resultados SPSS 23

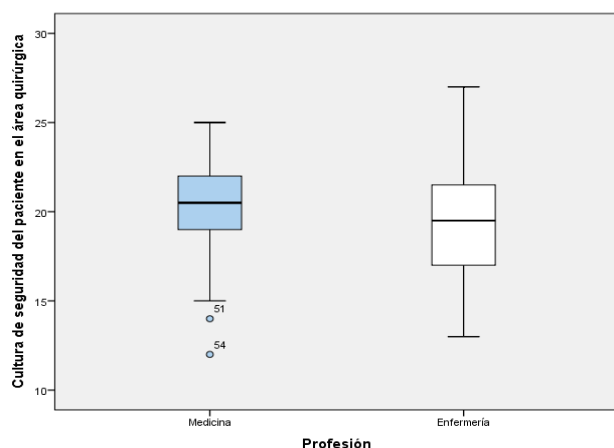


Figura 10 Diagrama de cajas de Cultura de seguridad relativa al paciente



En la tabla 11 y figura 10 en el test U de Mann Whitney se arroja el valor  $p=0.122 > \alpha=0.05$ , esto significa que no se rechaza hipótesis nula y se concluye lo siguiente: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

A la vez se dice que en la figura 10, la caja que representa a las enfermeras se extiende más que la caja correspondiente a los médicos, esto se debe a que la dispersión de puntajes de las enfermeras fue mayor que la de los médicos en cuanto a Cultura de seguridad en el área quirúrgica. La línea que cruza las cajas representa a la mediana. Nótese que la mediana de los puntajes de los médicos es similar a la mediana de los puntajes de las enfermeras. Esta observación refuerza la conclusión a que se llegó mediante el test de comparación, U de Mann-Whitney.

### **Hipótesis específica 1**

Ha: No existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Ha: Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Significancia:  $\alpha=0.05$

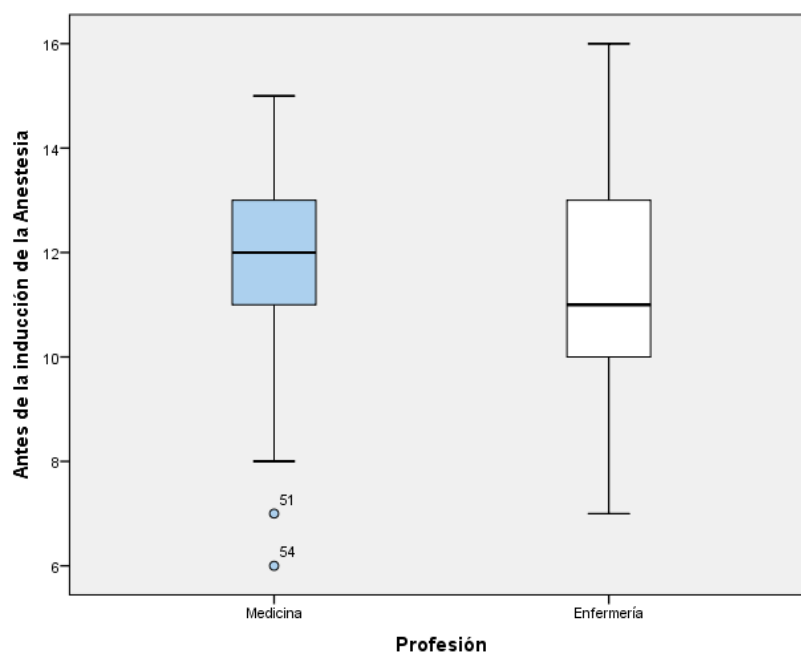
Regla de decisión: Se rechaza  $H_0$  si  $p < \alpha$

Tabla 12

*Comparación de la Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney*

	Profesión	N	Rango promedio	Suma de rangos	Resultados prueba U de Mann Whitney
Cultura de seguridad antes de la inducción de la Anestesia	Medicina	86	70.40	6054.00	U = 1815
	Enfermería	48	62.31	2991.00	Z = -1.175
	Total	134			p = 0.24

Fuente: Resultado SPSS 23



*Figura 11* Diagrama de cajas de Cultura de seguridad relativa al paciente antes de la inducción de la anestesia

En la tabla 12 y figura 11 en el test U de Mann Whitney se arroja el valor  $p=0.24 > \alpha=0.05$ , por consiguiente, al igual que en el caso anterior no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que No existe diferencia de la cultura de seguridad

del paciente antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Al igual que el caso precedente, en la figura 10, la caja que representa a las enfermeras se extiende más que la caja que representa a los médicos, esto se debe a que la dispersión de puntajes de las enfermeras fue mayor que la de los médicos en cuanto a Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia, del área quirúrgica.

Por otro lado, la mediana de puntajes de los médicos está más arriba que la mediana de puntajes de las enfermeras, indicando aparente diferencia entre los grupos, sin embargo, esta observación se desdice de la conclusión a la cual se llegó mediante el test U de Mann-Whitney utilizado en la prueba de hipótesis.

### **Hipótesis específica 2**

Ho: No existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Ha: Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Significancia:  $\alpha=0.05$

Regla de decisión: Se rechaza Ho si  $p<\alpha$

Tabla 13

Comparación de la Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney

	Profesión	N	Rango promedio	Suma de rangos	Resultados prueba U de Mann Whitney
Antes de la incisión cutánea	Medicina	86	72.41	6227.00	U = 1642
	Enfermería	48	58.71	2818.00	Z = -2.042
	Total	134			p = 0.041

Fuente: Resultado SPSS 23

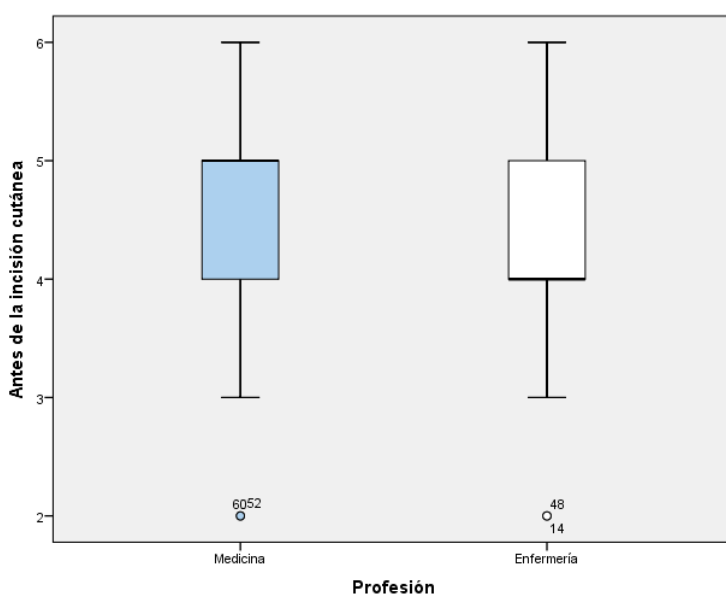


Figura 12 Diagrama de cajas de Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea

En la tabla 13 y figura 12 en el test U de Mann Whitney se arroja el valor  $p=0.041 < \alpha=0.05$ , luego se rechaza la hipótesis nula y se afirma que Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

En la figura 12 la caja que representa a las enfermeras y la caja que representa a los médicos al ser de igual tamaño llevan a concluir que hay similitud de dispersiones de puntajes en cuanto a Cultura de seguridad antes de la incisión cutánea.

Por otro lado, la mediana de puntajes de los médicos (línea que coincide con la base superior de la caja) está más arriba que la mediana de puntajes de las enfermeras (línea superpuesta con la base de la caja respectiva) lo cual sugiere que existen diferencias entre ambos grupos, conclusión a la que finalmente se llegó después de aplicar el test U de Mann-Whitney antes presentado.

### **Hipótesis específica 3**

Ho: No existe diferencia de la cultura de seguridad antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Ha: Existe diferencia de la cultura de seguridad antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Significancia:  $\alpha=0.05$

Regla de decisión: Se rechaza Ho si  $p < \alpha$

Tabla 14

Comparación de la Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney

	Profesión	N	Rango promedio	Suma de rangos	Resultados prueba U de Mann Whitney
Cultura de seguridad antes de la Salida del Quirófano	Medicina	86	66.10	5684.50	U = 1943.5
	Enfermería	48	70.01	3360.50	Z = -0.587
	Total	134			p = 0.557

Fuente: Resultado SPSS 23

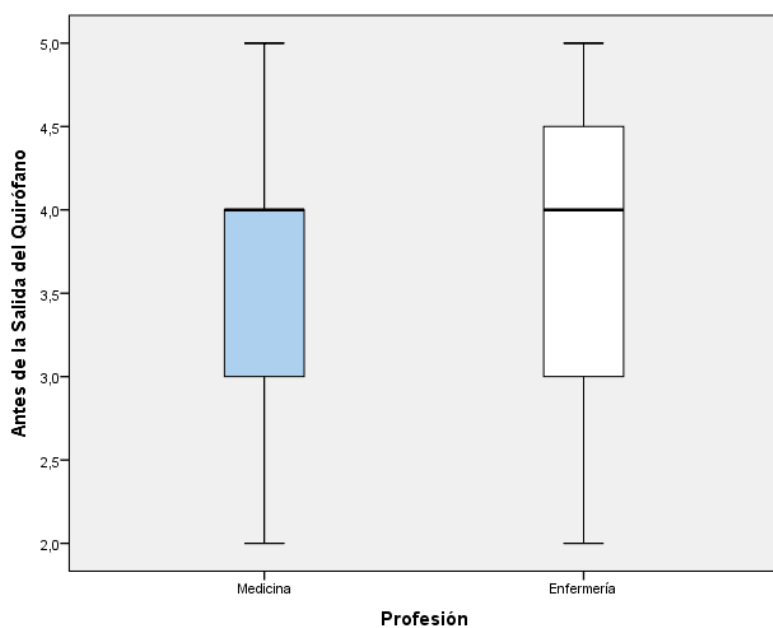


Figura 13 Diagrama de cajas de Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano

En la tabla 14 y figura 13 en el test U de Mann Whitney se arroja el valor  $p=0.557 > \alpha=0.05$ , por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que No existe diferencia de la cultura de seguridad antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Al igual que en otros casos ya presentados, en la figura 13 la caja que representa a las enfermeras se extiende más que la caja que representa a los médicos, esto se debe a que la dispersión de puntajes de las enfermeras fue mayor que la de los médicos en cuanto a Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano.

Por otro lado, la mediana de puntajes de los médicos (línea que coincide con la base superior de la caja) está a la par que la mediana de puntajes de las enfermeras lo cual, gráficamente, sugiere que no existen diferencias entre ambos grupos en Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano, conclusión a la cual se había llegado después de aplicar el test U de Mann-Whitney antes explicado.

Tabla 15

*Test de bondad de ajuste a la normal- Modelo Kolmogórov-Smirnov (n>50)*

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Estadístico	gl	p
Medicina	Cultura de seguridad en el área quirúrgica	0.186	86	0.000
	Antes de la inducción de la Anestesia	0.195	86	0.000
	Antes de la incisión cutánea	0.262	86	0.000
	Antes de la Salida del Quirófano	0.212	86	0.000

*Fuente: Resultados SPSS 23*

Tabla 16

*Test de bondad de ajuste a la normal – modelo Shapiro-Wilk (n≤50)*

		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	p
Enfermería	Cultura de seguridad en el área quirúrgica	0.958	48	0.083
	Antes de la inducción de la Anestesia	0.953	48	0.050
	Antes de la incisión cutánea	0.869	48	0.000
	Antes de la Salida del Quirófano	0.867	48	0.000

*Fuente: Resultados SPSS 23*

En las tablas anteriores se presentan los resultados de los test de normalidad de los puntajes de cultura de seguridad pro-paciente tanto de los médicos (Kolmogorov-Smirnov,  $n > 50$ ) así como de las enfermeras (Shapiro-Wilk,  $n \leq 50$ ).

Solamente en el caso de las enfermeras los puntajes de Cultura de seguridad relativa al paciente ( $p = 0.083$ ) así como de Cultura de seguridad antes de la inducción de la anestesia ( $p = 0.05$ ) eran datos que se ajustaron a la normal. En el resto de los casos las variables no seguían la distribución normal (valores  $p < 0.05$ ).

En conclusión, debido a que la normalidad de los valores no se cumple se optó por elegir pruebas estadísticas no paramétricas, para evaluar las hipótesis de esta investigación.



## **IV. Discusión**

El presente estudio sobre Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018, el cual se realizó en la Clínica San Pablo, de nivel II, y que recibe la certificación de *Joint Commission International*, la cual es la máxima distinción que una entidad de salud puede recibir a nivel mundial, su importancia recae en que garantiza el uso de estándares internacionales en los procesos e infraestructura para la calidad y seguridad del paciente. Dicho trabajo está enfocado en los médicos y las enfermeras ya que son ellos la clave para que en una cirugía se ejecute todos los protocolos de seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es importante porque es el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (Vincent 2003 p. 5).

El estudio planteó como primer objetivo si existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018, obteniéndose como resultado; que la cultura de seguridad del paciente es mayor en médicos con un 72.1% en el nivel bueno, frente a 50.0% de enfermeras con el mismo nivel, para el nivel regular tenemos 27.9% de médicos y 50% de enfermeras, en el nivel malo no se evidencia a ningún profesional, este resultado evidencia que los médicos poseen un mejor nivel de seguridad del paciente, se puede explicar por el tiempo de permanencia del grupo médico, que sobrepasan los 10 años en la mayoría de los casos, mientras que el personal de enfermería, debido a su situación laboral con pocas oportunidades de crecimiento profesional, sueldos mínimos mantiene un poco continuidad, frecuentemente se contrata nuevas enfermeras, recién egresadas, sin la

experiencia necesaria, para realizar esta actividad en igualdad de condiciones que los médicos. Luego se aplica la prueba estadística de U de Mann Whitney y se obtuvo un valor p de 0.122% mayor a 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir no existe diferencia significativa entre ambos grupos de profesionales.

Estos resultados se evidencian y se contrarrestan a la vez con los siguientes trabajos.

Según la tesis de Orkaizaguirre, se puede concluir con respecto a la seguridad del paciente que un 73,8% (180 enfermeras) no realizan ninguna notificación frente a un 26,6% (65 enfermeras) que si lo hicieron. Ante esto ya sea por miedo u otros factores que puedan influir en su trabajo no lo realizan, es ahí donde se ve más quiebre de la seguridad del paciente, porque a la falta de reporte no se puede evidenciar donde es la falla continua para poder corregir y seguir evitando que la seguridad del paciente se vea afectado.

Según los resultados de Ramos, Coca y Abendaño en su trabajo de investigación se puede concluir que se puede identificar áreas donde aún se debe fortalecer temas con respecto a cultura de seguridad, a la vez un punto clave es el exceso de trabajo y la falta de personal, a lo cual el resultado es que no se logre que exista una correcta cultura de seguridad del paciente, a lo cual comparando con la presente tesis se puede indicar que con respecto al personal es el suficiente, pero a la vez relativamente nuevo y es ahí donde también puede surgir la falla con respecto a seguridad para el paciente.

En el trabajo de Pozo y Padilla se concluye que 176 encuestas. El 50% califica al clima de seguridad como muy bueno; el 37% como aceptable y solo un 7% como excelente. Ante estos podemos deducir que existe una buena cultura de seguridad del paciente, al igual que en esta presente tesis, donde se llega a la misma conclusión.

En el estudio de *Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente en el hospital general de Medellín*, se concluye que en más del 90% se cumplen los ítems, solo el ítem que no tiene un mayor cumplimiento es el de presentación de los miembros en la dimensión de antes de la incisión cutánea. A lo que cabe decir que a igual manera que en la presente tesis es en la mencionada dimensión antes de la incisión cutánea donde son los médicos los que no colaboran con esa pregunta. Pero también se puede decir que la lista de verificación en su totalidad si se cumple, a lo cual la incidencia de eventos adversos está disminuyendo.

Según Torres (2011) cabe decir según su estudio se llega a considerar que solo el 52% es personal profesional y el 48% es personal auxiliar, técnico o alumno, en el cual recién se está formando y los conceptos de seguridad del paciente aún son escasos a lo que produce que existan más errores causantes de notificarlos. A lo cual también se suma la escasa educación continua por el hospital hacia sus trabajadores. Con respecto a la tesis presentada cabe decir que el personal en su totalidad al 100% son profesionales, pero en su mayoría en especial las enfermeras son relativamente personal nuevo, a lo que concluye que los conceptos no están afianzados en su totalidad.

Según el estudio de Gamboa y Carbajal, cabe resaltar que se llega a la conclusión que los profesionales de la salud no realizan evaluaciones de eventos adversos y tampoco coordinan los procedimientos a seguir en ocurrencia de algún incidente a lo cual no hay un seguimiento de los pacientes afectados, esto es muy resaltante ya que no se puede evidenciar que exista una cultura de seguridad del paciente, y esto es muy riesgoso tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Cambiar esa esfera de que se cumplan protocolos en beneficio de todos, es muy largo, pero no imposible, ya que todas las instituciones de salud lo han pasado, como en la clínica San Pablo y esto dio como resultado una escasa notificación de eventos adversos.

Con respecto a Mira, Aranoza y Ziadia (2008) nos dan a conocer que un 13,05% de pacientes informan que sufren un error clínico, a lo cual y un 10,5% con complicaciones graves, estos errores se deben a diferentes factores; pero todos conllevan a una falta de seguridad para el paciente y el personal de salud. Ante esto se va incrementando programas para aumentar la seguridad en beneficio de todos.

Saturno, Da Silva Gana y De Oliveira Sousa (2008) en su estudio dan a conocer que el 50% de personas encuestadas dan un valor a seguridad a un 6 – 8 puntos siendo 10 el valor máximo. También se concluye que en un centro de salud pequeño es más positivo el apoyo con el trabajo de los médicos, con relación a la de un hospital que el trabajo es mucho más negativo, ya que ellos están reacios al cambio. Con respecto a la tesis si bien esta realizada en una clínica y no es un hospital, cabe decir que la clínica San Pablo es un establecimiento tipo II a lo que la afluencia es mucho, y el trabajo para el cambio de cultura de los médicos fue ardua y persistente, tanto así que son ellos quienes exigen en algunos casos que se cumplan todos los protocolos de seguridad del paciente.

Según Barrios, Litano y Moises en su estudio de *Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura en la especialidad de Traumatología*, se realiza con la finalidad de desarrollar estrategias para su cumplimiento en beneficio de los pacientes. A la vez es responsabilidad de cada profesional cumplirlo y exigirlo que se realice en su cabalidad.

Campos, Chico y Serna (2014) dan a conocer en su trabajo con 30 enfermeras del hospital de Trujillo que en un 37% marcan la lista de verificación según en la I dimensión que es en un antes de la inducción de la anestesia, un 63% es efectivo en la II dimensión a lo cual es antes de incisión cutánea y en un 70% el cual es el mayor porcentaje más alto en la III dimensión que es antes de la salida del paciente, en relación con esta tesis presentada en donde las enfermeras tienen mayor porcentaje de cumplimiento de hacer la lista de verificación segura

es en la I dimensión, teniendo valores contrarios con el trabajo de Campos, Chico y Serna. A lo que solo se puede concluir que, si existe una cultura de seguridad del paciente, pero esta no está a cabalidad en sus III dimensiones, la cual debe ser lo ideal.

Pérez y Obregón (2013) en su tesis de *Cultura de seguridad en salud y su correlación con la calidad percibida en el usuario de la clínica de Santa Anita*, se concluye que si hay una relación significativa de la seguridad en salud con la calidad percibida por el usuario; al igual que en dicha tesis se concluye que no hay una diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras.

Becerra (2012) en su estudio realizado, sobre la aplicación de la lista de verificación segura, da a conocer que las fallas que existen para un buen cumplimiento son por no tener datos correctos del paciente a lo que se puede decir que, si bien se omite o no se sabe hacer una buena recolección de datos, entonces se dice que el personal de salud no está bien capacitado. Para esto es importante las capacitaciones oportunas ya que, si bien no se realizan, sería de gran importancia que se instauren como compromiso profesional que es, así como se instala en la clínica San Pablo el programa de educación continua, donde las capacitaciones siempre son oportunas y todos con el beneficio de que el trabajo que se realice sea fructífero para todos.

Rojas y Ojeda (2014) quienes encontraron un buen nivel de seguridad quirúrgica del paciente en un 75% de enfermeras, seguido del nivel regular en 14% es decir para las instituciones de salud es muy importante capacitar a los trabajadores en esta área, ya que la seguridad del paciente está definida como el nivel de esfuerzo de cada uno de los miembros de una determinada institución en referencia a la dirección, y gestión de su accionar para mejorar día a día.

Respecto a la hipótesis 1, que consiste en la afirmación de existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente antes de la inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018, se llegó a la conclusión de que los resultados del trabajo de investigación, se concluye que no existe diferencia significativa entre la cultura de las enfermeras y de los cirujanos, debido a los siguientes resultados:

La mayor proporción de médicos poseía un nivel regular (57% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo lugar estuvieron los médicos con nivel bueno (41.9%) y al final los médicos con nivel bajo en la dimensión referida (1.2%), mientras que por lado de las enfermeras, los resultados se distribuyeron de la siguiente forma, el grupo que tenía un nivel regular fue el de mayor proporción (66.7% del total de enfermeras del área quirúrgica) y luego estuvo el grupo con nivel bueno (33.3%) no hubo enfermeras con bajo nivel en la dimensión referida.

Esto lo podemos comparar con trabajos previos, como el de Izquierdo (2016), donde hace un estudio en el Hospital 2 de mayo, del uso de la lista de chequeo antes de la inducción de la anestesia, en el estudio realizado se obtuvo como resultado, que el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura antes de la inducción anestésica por el personal de salud del mencionado centro, 91% cumple y 9% No Cumple. En lo que respecta a los profesionales de salud, el cirujano cumple un 98%, seguido de la enfermera cumple 97% y finalmente el anesthesiólogo cumple 93%. Siendo los ítems del cirujano con mayor cumplimiento, la identidad del paciente 98%, sitio quirúrgico 98% y procedimiento quirúrgico 98%, asimismo la enfermera presenta mayor cumplimiento en los ítems de verificación del consentimiento informado, sitio quirúrgico, identidad del paciente, finalmente el anesthesiólogo en los ítems de cumplimiento se evidencia, explicación del procedimiento quirúrgico, consentimiento informado, alergias; sin embargo los ítems de incumplimiento son, identidad del paciente y previsión en el manejo de hemorragias.

Se puede observar, de acuerdo con el estudio realizado por Izquierdo (2016), y el de la presente tesis, que no existe una diferencia significativa entre el personal de enfermeros y de cirujanos, con respecto a la cultura de salud, en la fase previa a la cirugía, es decir antes de la inducción a la anestesia, y en el caso del uso de la lista de verificación, el nivel de cumplimiento es elevado (entre 97% y 98%).

Con respecto a la segunda hipótesis, se llegó a la conclusión de que existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Una de las fallas detectadas en otros estudios similares, concluyen que existe un porcentaje de incumplimiento del marcaje del lugar de la cirugía. Nolasco, Diana (2010) reportó problemas en esta fase refiere que el incumplimiento se identificó en marcaje del sitio quirúrgico (9.6%), por otro lado, Díaz, Anderson (2010), concluyó que el 29% de las cirugías no tiene marcaje quirúrgico, así mismo, el 12% de los pacientes presentaron dificultad en el manejo de la vía aérea.

De acuerdo con Izquierdo (2016), los resultados sobre el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo o también llamado Check list de cirugía segura en la “Pausa quirúrgica”, que es el momento antes de la cirugía, por parte del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo, 77% cumple y 23% No Cumple. En esta etapa se evidencia que el profesional que más cumple con la lista de chequeo es la Enfermera 84%, seguida del Anestesiólogo 81%; finalmente el cirujano cumpliendo 37%. Dentro de los ítems de cumplimiento la lista de chequeo de cirugía de los profesionales, tenemos que la enfermera registra que todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan al paciente según función, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar que todo el equipo quirúrgico comenten las consideraciones especiales o situaciones críticas durante la pausa quirúrgica; asimismo el anestesiólogo cumple junto con el cirujano y la



enfermera en la confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, no obstante un porcentaje significativo incumple en el ítem administración de la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos; finalmente el cirujano el ítem que más cumple es todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan al paciente según función, sin embargo incumple en un porcentaje significativo en revisar los pasos imprevisto o pasos críticos, el lapso de duración de la operación y la pérdida de sangre que ha sido prevista.

A diferencia, de los resultados obtenidos para la segunda hipótesis en este estudio, Izquierdo (2016), concluyó que en la pausa quirúrgica o antes que el cirujano realice la incisión el profesional que más cumple con la lista de chequeo es la Enfermera, seguida del Anestesiólogo. Mientras que el cirujano, a pesar de ser el profesional clave en esta fase, es el menos involucrado en las acciones de la lista de chequeo; siendo el autor en esta etapa de la lista de verificación quirúrgica.

Éste estudio en particular de Izquierdo (2016), difiere del de la presente tesis, donde se detectó que la mayor proporción de médicos poseía una buena Cultura de seguridad hacia el paciente (64% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo término quedó el grupo de médicos con nivel regular (33.7%) y solamente un reducido grupo poseía nivel bajo (2.3%). Mientras que, por el lado de las enfermeras, el grupo que tenía un nivel regular de Cultura de seguridad hacia el paciente constituía la mayor proporción (60.4% del total de enfermeras del área quirúrgica) seguida del grupo con nivel bueno (35.4%) y al final una reducida proporción con bajo nivel (4.2%).

Sin embargo, el margen de diferencia en entre la cultura de los cirujanos y del personal de enfermería no es tan elevado. Ésta diferencia pudo deberse a los años de experiencia en particular de los integrantes del grupo de enfermería es

menor, que los años de experiencia de los cirujanos, en este centro médico en particular (San Pablo- Surco 2018).

En el caso de la cultura de seguridad *antes de la salida del quirófano*, entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018, se llegó a la conclusión que no existe diferencia de la cultura de seguridad antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras.

Se puede suponer que la cultura de seguridad está más afianzada en las enfermeras que en los médicos, apreciaciones éstas que, sin embargo, el test estadístico correspondiente no corrobora ésta teoría., debido a que de acuerdo al gráfico producto del test U de Mann-Whitney, donde resulta una gráfica (Ver figura N°13) indica, que ambos equipos de salud, presentan una mediana de puntajes a la par de la mediana de puntajes del otro, por lo cual no existen diferencias entre ambos grupos en Cultura de seguridad antes de la salida del quirófano.

Cuando revisamos los resultados de la verificación de la lista de chequeo de seguridad, en el estudio de Izquierdo (2016), los datos son alarmantes. El 58% del total del personal de la salud cumple y 42% no cumple. Sin embargo, la diferencia entre el cirujano y el personal de enfermería no es muy diferente: cirujano 77% y el de enfermería 72%. Apenas un 5% de diferencia podemos notar. Nuevamente, si se hace un análisis correlacional, no existe mucha diferencia entre los cirujanos y enfermeras. Sin embargo, es un punto por mejorar, para ambos grupos.

## **V. Conclusiones**

- Primera:** En la tesis desarrollada se concluye que No existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo, el cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor  $p=0.24 > \alpha=0.05$ , por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula
- Segunda:** El cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor  $p=0.041 < \alpha=0.05$ , luego se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.
- Tercera:** El cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente, arroja el valor  $p=0.557 > \alpha=0.05$ , por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que No existe diferencia de la cultura de seguridad antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.
- Cuarta:** El cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor  $p=0.122 > \alpha=0.05$ , esto significa que no se rechaza hipótesis nula y se concluye lo siguiente: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

## **VI. Recomendaciones**

- Primero:** Se recomienda a la alta dirección de la clínica San Pablo, realizar campañas y competencias entre el personal médico y el personal de enfermería con respecto a la cultura de seguridad del paciente antes de la inducción a la anestesia, que permitan afianzar los conocimientos del personal, mediante incentivos que pueden ser económicos y/o profesionales.
- Segundo:** Se recomienda a la alta dirección de la clínica San Pablo, implementar estrategias de capacitación y sensibilización al nuevo personal de enfermería y de médicos que ingresen, con respecto a la cultura de seguridad del paciente antes de la incisión cutánea, en especial al equipo de enfermería, que representan el personal más joven de menor y de experiencia, y que constantemente rotan o cambian.
- Tercero:** Se recomienda a la alta dirección de la clínica San Pablo, realizar campañas y competencias entre el personal médico y el personal de enfermería con respecto a la cultura de seguridad del paciente antes de la salida del quirófano, que permitan afianzar los conocimientos del personal, mediante incentivos que pueden ser económicos y/o profesionales.
- Cuarto:** Se recomienda a las jefaturas inmediatas de la clínica San Pablo, realizar campañas y competencias entre el personal médico y el personal de enfermería con respecto a la cultura de seguridad del paciente y ofrecer talleres de reforzamiento o capacitación para afianzar conocimientos del personal, mediante incentivos profesionales.
- Quinto :** Se recomienda a las coordinadoras de cada servicio de la clínica San Pablo, a tener reuniones mensuales en donde se pueda aprovechar y realizar capacitaciones mediante charlas con un test de salida, para que así se pueda evaluar sus aprendizajes.

## **VII. Referencias Bibliográficas**

- Alcocer y Torres (2013). *Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre*. Tesis para optar el grado título de especialista de enfermería en centro quirúrgico. Universidad Peruana Unión.
- Alvarado (2014) *Relación entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente en el Centro Médico Naval*. Tesis de grado de maestría, Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>.
- Aranaz, Aibar, Vitaller, y Ruiz (2005). Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Informe Ministerio de Sanidad, Madrid.
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M. y Maciá-Soler, L. (2014). *Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*. *Enfermería clínica*, 25(2), 64-72.
- Campos-Rubio, Chico-Ruiz y Cerna-Rebaza (2014). *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Iazarte Echegaray, Trujillo*. 17(1), 54-73.
- Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. (2011) *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. Recuperado en: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>
- Da Silva Gama, Z. A., de Souza Oliveira, A. C., & Hernández, P. J. S. (2013). *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals*. *Cad. Saúde*.



- Dextre Bazalar, Ricardo. (2013) IX Conferencia Nacional e Internacional de la calidad de la Salud. La Gestión de Procesos para la Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud. Lima, Peru.
- Fajardo-Dolci, G., Lamy, P., Suárez, J. R., Dominguez, M. A. F., Morales, J. J. L., Torres, F. H., & Varela, J. S. (2016). Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Revista CONAMED*, 15 (1).
- Gamboa y Ferney (2010). *Programa de seguridad del paciente, evaluacion y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. de San Luis Tolima.*
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., y Soto Gámez, A. (2011). *Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y enfermería*, 17(3)
- Guevara (2015). Transcripción de Diseño descriptivo Comparativo. Pentti.
- Health and Safety Commission (1993). Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO,23.
- Hernández, C. M. M. (2006). Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(1)
- Izquierdo Baca, Fabiola del Pilar (2016). Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por él personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015. Tesis (Trabajo de Investigación para optar el Título de Especialista en Centro Quirúrgico). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina unidad de posgrado programa de segunda Especialización en Enfermería. Lima, Peru.
- Mansdorf Z (1999). Organizational culture and safety performance. *Occup Hazards* May;61(5):109-12.

Martínez, V. (2015) *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima*. Tesis de maestría en enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>

Merino (2012). La seguridad del paciente. Un reto para la asistencia sanitaria.

España: Madrid. *Mediterráneo*.

Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática (2009). Boletín estadístico de salud. Recuperado de:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Estadistica/Publicaciones/2009/BolEst02.pdf>.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Informes, estudios e investigación (2011). Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). España: Madrid.

Ministerio de Salud (2010). Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Recuperado de:  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc\\_verificacion\\_seguridad.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_verificacion_seguridad.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Seguridad del paciente. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

Obregón y Pérez (2013) La Cultura de seguridad en salud y su correlación con la calidad percibida en el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita, Lima

Organización mundial de la Salud. (2018) “Diez datos sobre seguridad del paciente”  
Lugar de  
Publicación:[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)

Organización Mundial de la Salud (2010). Seguridad del paciente. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)

Orkaizagirre Gómara A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. Tesis doctoral en Fisiatría y Enfermería. España: Universidad de Zaragoza.

Pasqualini y Dosne (2007). *La investigación básica según Hans Selye. Medicina (B. Aires)* [online]. 2007, vol.67, n.6 [citado 2018-06-05], pp.767-770.

Recuperado de:

<[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802007000600019&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000600019&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0025-7680.

Pozo F y Padilla V (2013) *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un área sanitaria*. Internet (Consultado el 23 de febrero de 2018). Rev Calidad Asistencial 28: 329-336. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-cultura-seguridad-del-paciente-S1134282X13000511>

Resoluciones, recomendaciones del consejo de 9 de junio sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009). *Diario oficial de la Unión Europea*, 3(7), p.13.

Reason J. Error humano Cambridge: Cambridge University Press, 1990

Salusplay (Septiembre,2015) Cultura del paciente, origen [Video] Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=nix6iTNE4ek&list=PLwy61UoZZvuAjvt0TO\\_6kPXS8rGluaXN](https://www.youtube.com/watch?v=nix6iTNE4ek&list=PLwy61UoZZvuAjvt0TO_6kPXS8rGluaXN)

Salusplay. (2015) Gestión de Seguridad del Paciente. [Video ] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=oCcutdOIAwo>

Saturno (2000). Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Conceptos y métodos. Consejería de Salud y Consumo de la Región de Murcia, Murcia.

Torres (2011). *Gestión de seguridad del paciente: participación de enfermería*.

Tesis para obtener el grado de maestras en economía de la salud y administración de servicios de salud. Argentina: Universidad nacional de La Plata.

Vincent (2006). *Patient safety* Churchill-Livingstone, London.

Vicent y Amalberti (2016). *Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. España: Madrid. Ed. Modus Laborandi.

Vitolo (2016). *Cultura de Seguridad. Biblioteca Noble*.

## **Anexos**

## Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO		MATRIZ DE CONSISTENCIA				
<b>TÍTULO:</b> Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018 <b>AUTORA:</b> Br. Torrecillas Golac, Dery						
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?	<b>OBJETIVO GENERAL</b> Comparar el nivel de cultura de seguridad de paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.	<b>HIPOTESIS GENERAL</b> Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.	<b>VARIABLE 1: Cultura de seguridad del paciente</b> Al respecto, Vincent (2013) propuso una nueva definición: Es el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (p. 5).			
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b> <b>Problema específico 1</b> ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la inducción a la	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> <b>Objetivo específico 1</b> Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la	<b>HIPOTESIS GENERAL</b> <b>Hipótesis específica 1</b> Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente antes de la inducción a la anestesia	<b>DIMENSIONES</b> Antes de la inducción a la anestesia	<b>INDICADORES</b> Identidad del Paciente Sitio quirúrgico Procedimiento Consentimiento Informado y firmado Sitio marcado Control de seguridad anestésica	<b>ITEMS</b> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	<b>ESCALA Y VALORES</b> 1= SI (Respuesta correcta) 0=NO (Respuesta incorrecta)

<p>anestesia entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?</p>	<p>inducción a la anestesia entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.</p>	<p>entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.</p>	<p>Oxímetro colocado y funcionado  Alergia  Dificultad en la intubación  Dispositivos para solucionar  Acceso intravenoso y administración de fluidos  Riesgos de pérdida sanguínea  Disposición de paquetes sanguíneos  Disponibilidad de dispositivos médicos  Imágenes Radiológicas  Equipo necesario</p>		
<p><b>Problema específico 2</b>  ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?</p>	<p><b>Objetivo específico 2</b>  Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.</p>	<p><b>Hipótesis específica 2</b>  Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.</p>	<p>Antes de la Incisión cutánea</p>	<p>Confirmación de los miembros del equipo con nombre y función  Cirujano, anestesiólogo e instrumentista confirman identidad, sitio, procedimiento.  Repaso de pasos críticos</p>	<p>17,  18,  19,  20, 21</p>
<p><b>Problema específico 3</b>  ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica antes de</p>	<p><b>Objetivo específico 3</b>  Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del área</p>	<p><b>Hipótesis específica 3</b>  Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la</p>			

la salida del quirófano entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018?	quirúrgica antes de la salida del quirófano entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018.	salida del quirófano entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.	<p>Consideraciones específicas del paciente</p> <p>Esterilidad del instrumental</p> <p>Consideraciones específicas del paciente</p> <p>Esterilidad del instrumental</p>		
			Antes de la salida del quirófano	<p>Profilaxis antibiótica</p> <p>Nombre del procedimiento realizado</p> <p>Recuento del instrumental</p> <p>Rotulación de muestras biológicas</p> <p>Problemas con equipo o instrumental</p> <p>Aspectos claves para manejo de recuperación y post operatorio.</p>	<p>22,</p> <p>23,</p> <p>24,</p> <p>25,</p> <p>26.</p>



**Anexo 2 INSTRUMENTO****Instrumento: De cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica**

A continuación, le presento el instrumento de cultura de seguridad del paciente que forma parte de la investigación “Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018”, su participación es muy valiosa y en nada lo compromete, gracias.

---

Instrucciones: Marque con una X la alternativa correcta, de cada pregunta. Solo una es la alternativa correcta.

I: Datos generales:

Edad:  Sexo:

Profesión:

Medico  Enfermera

**Dimensión 1: Antes de la inducción de la Anestesia**

1. ¿Es requisito para identificación de un paciente que ingresa a quirófano?
  - a) Brazaletes de identificación
  - b) Firma y sello de orden de hospitalización
  - c) Firma y sello de orden de procedimiento quirúrgico
  
2. ¿Antes de iniciar una intervención quirúrgica se debe?
  - a) Tener la cobertura de cirugía
  - b) Confirmar el sitio quirúrgico
  - c) Tener la nota ingreso de paciente

3. ¿Para iniciar la inducción de anestesia de alguna intervención quirúrgica, ya sea de emergencia es necesario saber el procedimiento quirúrgico a realizarse?
  - a) Si
  - b) No
  - c) En algunas ocasiones
  
4. ¿Para algunas cirugías programada, el paciente puede ingresar a quirófano sin consentimiento informado?
  - a) Si puede, con la condición de que en recuperación se firme todo
  - b) No ingresa
  - c) Si puede, con la condición de que lo firme antes que se vaya de alta
  
5. ¿El marcado quirúrgico se aplica en todos los casos de cirugía?
  - a) No, tiene excepciones
  - b) Si, en todos los casos sin excepciones
  - c) No es muy aplicable
  
6. ¿Quién es responsable del control de la seguridad anestésica del paciente?
  - a) Anestesiólogo
  - b) Jefe de cirugía
  - c) Biomédicos especialistas en anestesia
  
7. ¿Es requisito para el inicio de una cirugía que el paciente este anestesiado?
  - a) Si, es requisito indispensable
  - b) También tienen que colocarle sonda Foley
  - c) Tiene que tener colocado el oxímetro
  
8. ¿En el brazalete rojo, se debe colocar?
  - a) Identificación del paciente
  - b) Inmunidad del paciente
  - c) Alergia de paciente

9. ¿De quién es responsabilidad saber si el paciente presenta riesgo de aspiración?
- a) Anestesiólogo
  - b) Enfermera circulante
  - c) Enfermera instrumentista
10. ¿En todo quirófano se debe tener equipos o dispositivos para una intubación difícil o riesgo de aspiración?
- a) No, solo en los casos que en la pre evaluación anestésica lo menciona
  - b) Todo quirófano debe contar con estos equipos o dispositivos
  - c) No, solo en los casos que en el riesgo quirúrgico nos mencione
11. ¿Todo paciente debe ingresar a quirófano con su acceso intravenoso?
- a) Si
  - b) No
  - c) No es necesario
12. ¿Es necesario preguntar si la cirugía va a tener riesgo de pérdida sanguínea?
- a) No es necesario
  - b) Si es necesario
  - c) Banco de sangre está abierta las 24 horas
13. ¿La clínica dispone de paquetes sanguíneos?
- a) La clínica es centro de abastecimientos de equipos de emergencia
  - b) Si dispone en casos de emergencia
  - c) No cuenta, pero se comunican con otra sede y traen de emergencia
14. ¿Si en una cirugía se va a colocar algún implante o dispositivo, solo se pregunta a farmacia si los cuenta para poder empezar con la intervención?
- a) No se debe visualizarlos
  - b) No se debe ver la fecha de vencimiento y el número de lote
  - c) No se debe visualizarlos y corroborar con la orden de procedimiento del cirujano

15. ¿En todas las cirugías se deben contar con imágenes radiológicas?
- a) Si en todos los casos
  - b) No, existe excepciones
  - c) No, porque el paciente tal vez no tenga ninguna imagen radiológica.
16. ¿Se debe contar con la presencia del cirujano para realizar la revisión de la primera parte de la lista de verificación segura?
- a) No es necesario
  - b) Si debe estar presente
  - c) Puede iniciarse solo con jefa (e) de sala de operaciones

### **DIMENSION 2: Antes de la incisión cutánea**

17. ¿El Anestesiólogo confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?
- a) Si
  - b) No, el que confirma es el cirujano
  - c) No, el que confirma es la jefa de sala de operaciones
18. ¿El Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentista confirma verbalmente?
- a) Brazalete, historia clínica, procedimiento
  - b) Insumos médicos, identidad del paciente, alergias conocidas
  - c) Identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento
19. ¿Quién o quiénes son los responsables de los pasos críticos o inesperados durante la cirugía y pérdida sanguínea prevista?
- a) El cirujano
  - b) El anestesiólogo
  - c) El cirujano y anestesiólogo
20. ¿Que deben tener en cuenta el cirujano y el anestesiólogo antes de la incisión cutánea?

- a) La complejidad de la cirugía
- b) Consideraciones específicas del paciente
- c) Las cirugías anteriores que tiene el paciente.

21. ¿Con quién confirma el cirujano la esterilidad del instrumental quirúrgico?

- a) La instrumentista
- b) La jefa de central de esterilización
- c) La circulante

22. ¿Es necesario que se aplique en todos los casos profilaxis antibiótica a los pacientes?

- a) Si, aplica en todos los casos y se administra en el quirófano
- b) Si, aplica en todos los casos antes que ingrese a quirófano, en su habitación.
- c) No es necesario aplicar profilaxis antibiótica.

### **DIMENSION 3: Antes de la Salida del Quirófano**

23. ¿Quién confirma verbalmente el nombre del procedimiento quirúrgico, al término de la cirugía?

- a) El cirujano
- b) La circulante
- c) La instrumentista

24. El recuento del material; instrumental, gasas y agujas, se realiza, ¿cuándo el paciente está en?

- a) Quirófano, con la cavidad abierta
- b) Quirófano, pero la cavidad está cerrada
- c) Quirófano, antes que termine el proceso de anestesia

25. ¿Quién hace el rotulo de muestras biológicas?

- a) Enfermera circulante
- b) Enfermera Instrumentista

c) Técnica de enfermería

26. ¿Los reportes de falla de equipo o de instrumental son responsabilidad de?

- a) Personal de mantenimiento
- b) Jefa de sala de operaciones
- c) Instrumentista

27. ¿Para un mejor manejo de un paciente post operado se debe, tener en cuenta?

- a) Medidas de bioseguridad
- b) La técnica quirúrgica del cirujano
- c) Los aspectos claves para la recuperación y manejo post operatorio dentro de las 48 horas siguientes.

## Anexo 3 CERTIFICADO DE VALIDEZ



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL ÁREA QUIRÚRGICA ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA CLÍNICA SAN PABLO  
- SURCO 2018.**

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Antes de la inducción de la Anestesia</b>							
1	Identificación de paciente	X		X		X		
2	Sitio Quirúrgico	X		X		X		
3	Procedimiento	X		X		X		
4	Consentimientos informados	X		X		X		
5	Sitio marcado	X		X		X		
6	Control de seguridad anestésica	X		X		X		
7	Oxímetro de pulso funcionando	X		X		X		
8	Alergia de paciente	X		X		X		
9	Dificultad para intubación	X		X		X		
10	Disposición de dispositivos para intubación difícil	X		X		X		
11	Acceso intravenoso	X		X		X		
12	Riesgo de pérdida sanguínea	X		X		X		
13	Disposición de paquetes sanguíneos	X		X		X		
14	Disponibilidad de dispositivos médicos	X		X		X		
15	Imágenes de radiología disponible	X		X		X		
16	Equipo y asistencia necesaria	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
17	Confirmación de miembros de equipo	X		X		X		
18	Confirmación de datos del paciente	X		X		X		
19	Pasos críticos durante cirugía	X		X		X		
20	Consideraciones específicas con el paciente	X		X		X		
21	Esterilidad del material	X		X		X		
22	Profilaxis antibiótica	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
23	Nombre del procedimiento realizado	X		X		X		
24	Recuento de instrumental	X		X		X		
25	Rotulo de muestras biológicas	X		X		X		
26	Problemas con equipo o instrumental	X		X		X		
27	Aspectos claves de recuperación	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_ *al*

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable []   Aplicable después de corregir [  ]   No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador.Dr/ Mg: GABRIELA HUÍPOL MENENDEZ ..... DNI: 08245736 .....

Especialidad del validador:..... MAGISTER / DRA. ANESTESIOLOGA .....

<sup>1</sup>**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

..... 12 de JUNIO del 2018 .....

.....  
Firma del Experto Informante.



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE DEL ÁREA QUIRÚRGICA ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA CLÍNICA SAN PABLO  
– SURCO 2018.**

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Antes de la inducción de la Anestesia</b>								
1	Identificación de paciente	X		X		X		
2	Sitio Quirúrgico	X		X		X		
3	Procedimiento	X		X		X		
4	Consentimientos informados	X		X		X		
5	Sitio marcado	X		X		X		
6	Control de seguridad anestésica	X		X		X		
7	Oxímetro de pulso funcionando	X		X		X		
8	Alergia de paciente	X		X		X		
9	Dificultad para intubación	X		X		X		
10	Disposición de dispositivos para intubación difícil	X		X		X		
11	Acceso intravenoso	X		X		X		
12	Riesgo de pérdida sanguínea	X		X		X		
13	Disposición de paquetes sanguíneos	X		X		X		
14	Disponibilidad de dispositivos médicos	X		X		X		
15	Imágenes de radiología disponible	X		X		X		
16	Equipo y asistencia necesaria	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2:</b>								
		Si	No	Si	No	Si	No	
17	Confirmación de miembros de equipo	X		X		X		
18	Confirmación de datos del paciente	X		X		X		
19	Pasos críticos durante cirugía	X		X		X		
20	Consideraciones específicas con el paciente	X		X		X		
21	Esterilidad del material	X		X		X		
22	Profilaxis antibiótica	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3</b>								
		Si	No	Si	No	Si	No	
23	Nombre del procedimiento realizado	X		X		X		
24	Recuento de instrumental	X		X		X		
25	Rotulo de muestras biológicas	X		X		X		
26	Problemas con equipo o instrumental	X		X		X		
27	Aspectos claves de recuperación	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_ OK

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [  ]    Aplicable después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

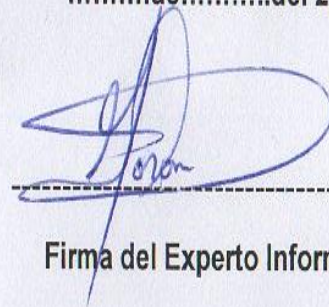
Apellidos y nombres del juez validador.Dr/ Mg: ..... JULIO MORON CASTRO ..... DNI:..... 07650538 .....

Especialidad del validador:..... MAGISTER .....

- <sup>1</sup>**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20.....



Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE DEL ÁREA QUIRÚRGICA ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA CLÍNICA SAN PABLO  
– SURCO 2018.**

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Antes de la inducción de la Anestesia</b>							
1	Identificación de paciente	X		X		X		
2	Sitio Quirúrgico	X		X		X		
3	Procedimiento	X		X		X		
4	Consentimientos informados	X		X		X		
5	Sitio marcado	X		X		X		
6	Control de seguridad anestésica	X		X		X		
7	Oxímetro de pulso funcionando	X		X		X		
8	Alergia de paciente	X		X		X		
9	Dificultad para intubación	X		X		X		
10	Disposición de dispositivos para intubación difícil	X		X		X		
11	Acceso intravenoso	X		X		X		
12	Riesgo de pérdida sanguínea	X		X		X		
13	Disposición de paquetes sanguíneos	X		X		X		
14	Disponibilidad de dispositivos médicos	X		X		X		
15	Imágenes de radiología disponible	X		X		X		
16	Equipo y asistencia necesaria	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
17	Confirmación de miembros de equipo	X		X		X		
18	Confirmación de datos del paciente	X		X		X		
19	Pasos críticos durante cirugía	X		X		X		
20	Consideraciones específicas con el paciente	X		X		X		
21	Esterilidad del material	X		X		X		
22	Profilaxis antibiótica	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
23	Nombre del procedimiento realizado	X		X		X		
24	Recuento de instrumental	X		X		X		
25	Rotulo de muestras biológicas	X		X		X		
26	Problemas con equipo o instrumental	X		X		X		
27	Aspectos claves de recuperación	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

OK

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable []    Aplicable después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

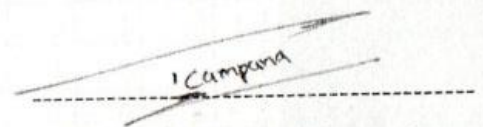
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Teresa Campana ..... DNI: 31035536 .....

Especialidad del validador: Metodólogo .....

.....de.....del 20.....

- <sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

Anexo 4 PRUEBA PILOTO

	ANTES DE LA INDUCCION A LA ANESTESIA																ANTES DE LA INCISION CUTANEA						ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO					TOTAL
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	27	
1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	20
2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	21
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	22
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	23
5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
6	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	20
7	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	22
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	18
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	23
10	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	21
p	0.8	0.9	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.9	0.8	0.8	0.5	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.7	0.9	0.9	2.4
q	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2	0.5	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.3	0.1	0.1	
p*q	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.09	0.2	0.1	0.09	
sum	4.3																											

0.8

Anexo 5 BASE DE DATOS DE LA MUESTRA

118

Enfermería

	DIMENSION 1																DIMENSION 2						DIMENSION 3					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
7	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
13	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
14	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
15	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1
16	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0
17	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
18	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0
19	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0
20	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
21	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1
22	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
23	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
24	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
25	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1

26	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1		
27	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	
28	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0		
29	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	
30	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
31	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1		
32	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1		
33	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1		
34	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1		
35	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1		
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
37	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	
38	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0		
39	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	
40	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	
41	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	
42	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0		
43	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0		
44	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1		
45	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0		
46	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1			0	1	1	1	1	1	0	1	1	
47	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
48	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1





25	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
26	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
27	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
28	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
29	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
30	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
31	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
32	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
33	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
34	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
35	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
36	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
37	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
38	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
39	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
40	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
41	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
42	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0
44	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
45	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
46	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
47	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
48	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
49	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
50	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
51	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
52	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1

53	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
54	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	
55	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
56	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
57	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
58	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	
59	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	
60	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	
61	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
62	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
63	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	
64	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
65	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
66	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
67	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
68	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
69	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	
70	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
71	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
73	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
74	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	
75	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	
76	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
77	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	
78	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
79	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
80	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0

81	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	
82	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
83	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	
84	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	
85	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0
86	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1

## **Anexo 6 ARTICULO CIENTÍFICO**

### **Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018**

**Dery Ricardina, Torrecillas Golac**

**Universidad Cesar Vallejo  
Escuela de Posgrado**

#### **Resumen**

El objetivo del estudio fue comparar el nivel de cultura de seguridad de paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018. El método de estudio fue hipotético deductivo, de enfoque cuantitativo, es básica y no experimental, y el diseño del estudio fue de corte transversal, y de nivel descriptivo comparativo. La población considerada para el estudio estuvo conformada por médicos y enfermeras del centro quirúrgico de la clínica San Pablo, con muestra no probabilística por conveniencia conformada por enfermeras y cirujanos. El instrumento que se aplicó fue el Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes. Como resultado se obtuvo que para las dimensiones estudiadas: antes de la inducción a la anestesia y antes de salir del quirófano, la diferencia entre la cultura de seguridad del paciente de los médicos y enfermera es nula, mientras que para la hipótesis 2, donde se compara la cultura de seguridad del paciente de enfermeras y médicos, antes de la incisión cutánea, se obtuvo que los cirujanos presentan mayor porcentaje. El estudio concluye: No existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en enfermeras y médicos.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, enfermeras, médicos.

### **Abstract**

The objective of the study was to compare the safety culture level of patients in the surgical area among physicians and nurses working at the San Pablo - Surco 2018 clinic. The study method was hypothetical deductive, of quantitative approach, it is basic and not experimental, and the design of the study was cross-sectional, and of comparative descriptive level. The population considered for the study was made up of doctors and nurses from the surgical center of the San Pablo Clinic, with a non-probabilistic convenience sample made up of nurses and surgeons. The instrument that was applied was the Questionnaire on the Culture of Patient Safety. As a result, it was obtained that for the dimensions studied: before the induction to anesthesia and before leaving the operating room, the difference between the safety culture of the patient of the doctors and the nurse is null, while for hypothesis 2, where comparing the safety culture of the patient of nurses and doctors, before the cutaneous incision, it was obtained that surgeons present a higher percentage. The study concludes: There are no significant differences in the patient safety culture among nurses and doctors.

Keywords: patient safety, patient safety culture, nurses, doctors.

### **I. Introducción**

La actividad quirúrgica adquiere una dimensión de enorme importancia en la actividad asistencial, la cirugía es la única razón de admisión para muchos pacientes que ingresan en el hospital en la mayoría de los países. En España se realizan alrededor de 4.500.000 procedimientos quirúrgicos al año con un incremento anual de un 6-7 % en los últimos años (Temes y Mengíbar 2011, p.184).

A la vez en Perú también se ve que la cirugía ha evolucionado a ritmo vertiginoso en las últimas décadas, habiendo tenido la gran oportunidad de ser espectador y actor de esta, el número de intervenciones quirúrgicas ha ido incrementándose en los últimos 3 años en nuestro país. Según lo reportado por los hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud, en el año 2005 se realizaron 485,808 cirugías y en el 2007 fueron 552 074 cirugías, en el año 2007 en la Prov. Constitucional del Callao se realizó el

mayor número de cirugías, existente 3 720 cirugías por cada 100 mil habitantes, seguidamente tenemos a los departamentos de Arequipa, Moquegua, Lima, Lambayeque, Madre de Dios e Ica que tienen las incidencias de cirugías más altas del país; por el contrario donde se registra el menor número de cirugías son los departamentos de Cajamarca con 346, Huancavelica 502, Loreto 551, Amazonas 808 y Puno 925 por cada 100 mil habitantes (INEI 2009 p.18).

### **Cultura de seguridad del paciente**

El concepto de Cultura de Seguridad fue referido por Uttal (1983) definió a la Cultura como un sistema de valores entre sus miembros y creencias, es decir cómo funcionan, la manera de interactuar con las personas, estructuras y sistemas de trabajo de una institución para promover normas y procedimientos del comportamiento, es decir cómo se hacen las cosas. Al respecto, Vincent (2013) propuso una nueva definición: Es el producto de los valores personales o grupales, actitudes, competencias, modelos de conducta, que establecen el compromiso, estilo y el dominio de los programas de salud y de seguridad de una organización. En este sentido, las entidades con una cultura de seguridad buena se identifican por las comunicaciones basadas en la confianza recíproca, en las percepciones compartidas y desde luego en la eficacia de sus acciones preventivas (p. 5). Se puede concluir que “la seguridad se consigue cuando está presente un verdadero compromiso, el cual es compartido en todos los niveles de la organización, es decir desde el personal de primera línea hasta la alta dirección” (Gaitán, Gómez y Schmalbach, 2009, p. 77).

#### **La lista de verificación,**

Llamada también Check list o lista de chequeo de cirugía segura se define como un instrumento al alcance de los profesionales de la salud que permite optimizar la seguridad en las intervenciones u operaciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables (Seiden 2010). La cual esta constituida por tres dimensiones

#### **Dimensión 1: Antes de la inducción a la anestesia.**

Según la entidad internacional en salud *Joint Commission International* (2016) es el inicio de la lista de verificación segura la cual lo realiza la enfermera circulante hacia el anesthesiólogo antes que este realice la inducción de anestesia, en presencia del paciente el cual debe estar consciente, de tal manera que escuche que sus datos son correctos para poder evitar algún evento adverso. Se tiene que corroborar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico a operar que también este marcado, el procedimiento que se va a realizar a la vez se corrobora que los consentimientos informados ya se de anestesia como de cirugía estén firmados. El anesthesiólogo verificara el control de su seguridad de su máquina, como que el Pulsoxímetro este funcionando. Un punto importante es verificar si el paciente es alérgico algún medicamento, si presenta dificultad en el proceso de la intubación si es así, se debe tener los dispositivos necesarios para poder contrarrestar esta medida. Y por último si se tiene disponibles paquetes de hemoderivados si se solicitara de emergencia.

### **Dimensión 2: Antes de la Incisión Cutánea**

Llamada también pausa quirúrgica, donde la enfermera circulante lo realiza dirigido hacia el cirujano principal, antes que este realice la primera incisión para empezar su cirugía. El paciente ya se encuentra anestesiado. Se empieza cuando el cirujano confirma verbalmente que todos los miembros de la sala de operaciones se han presentado con su función específica. Luego el cirujano confirmara la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento que realizara, a la vez también debe repasar pasos críticos que pudieran ocurrir en plena cirugía. La enfermera instrumentista confirmará la esterilidad de sus materiales y ya al finalizar se preguntará si se realizó la administración de algún antibiótico (*Joint Commission International* 2016).

### **Dimensión 3: Antes de la Salida del Quirófano.**

Es la última parte de la lista de verificación segura, que se realiza antes que salga el paciente de quirófano, cuando ya haya finalizado el procedimiento quirúrgico. Este acto va dirigido a la enfermera instrumentista confirmando el nombre del procedimiento quirúrgico, que el recuento de todos los instrumentos esté completo, tanto sean punzocortantes como pinzas, esponjas, gasas, etc. Si se había ameritado sacar alguna muestra biológica si éstas estén rotuladas con todos los datos correspondientes.

También se afirma si hubo algún problema con el instrumental o equipos. Y finalizando, pero importante el anestesiólogo y cirujano deben repasar los aspectos claves para la recuperación inmediata del paciente (*Joint Commission International* 2016). En consecuencia se debe identificar si existe una cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo para lo cual se plantea las siguientes interrogantes. **Problema general:** ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018? Ante ello se formula **Hipótesis general:** Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018, a lo cual también se presenta el **Objetivo general:** Comparar el nivel de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

## II. Método

El método de estudio del trabajo fue hipotético deductivo porque, consiste en hacer observaciones manipulativas y análisis. (Pascual, Frías y García 1996 p. 9). Según su naturaleza el estudio fue de enfoque cuantitativo porque usa la descripción de la información para así corroborar la hipótesis. Según su naturaleza el estudio fue de enfoque cuantitativo porque usa la recopilación de información para comprobar la hipótesis (Sampieri 1991). La investigación es de tipo básica porque, representa el estudio dedicado a descubrir y comprender las leyes o parámetros generales de los fenómenos investigados (Ander – Egg 1977 p.33). La investigación fue de tipo no experimental porque, es cuando no hay evidencia de manipular las variables. El diseño del estudio fue de corte transversal porque el instrumento fue aplicado en una sola oportunidad a los sujetos de la investigación (Hernández, et al 2010). El diagrama de este diseño es como se muestra a continuación:



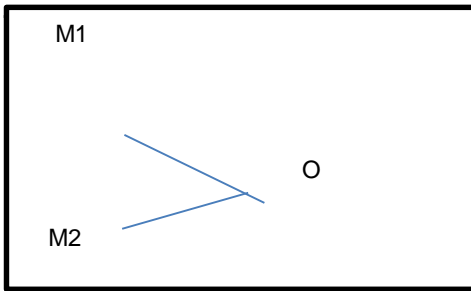


Figura 1. Diagrama del diseño descriptivo comparativo

Donde:

M1= Muestra de estudio de médicos del área quirúrgica de la clínica San Pablo

M2= Muestra de estudio de enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo

O = Nivel de cultura de seguridad del paciente

La población considerada para este trabajo esta conformada por médicos y enfermeras del centro quirúrgico lo cual son 48 enfermeras y 86 medicos. El muestreo fue no probalístico y la técnica utilizada fue la encuesta, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. El instrumento utilizado consta de un cuestionario el cual contiene 27 preguntas estando en la escala de dicotómicas. La validez del instrumento fue validada por tres expertos los cuales concluyeron que era adecuado, pertinente, relevante y clara. La confiabilidad fue por *KR-20* teniendo un resultado de 0.83.

### III. Resultados

#### Cultura de seguridad relativa al paciente

Distribución por niveles de Cultura de seguridad relativa al paciente, área quirúrgica.

		Medicina		Enfermería	
		f	%	f	%
Cultura de seguridad en relación al paciente, área quirúrgica	Bueno	62	72.1%	24	50.0%
	Regular	24	27.9%	24	50.0%
	Malo	0	0.0%	0	0.0%
Total		86	100.0%	48	100.0%

Según la tabla, el porcentaje más alto de médicos poseía una buena Cultura de seguridad hacia el paciente (72.1% del total de médicos del área quirúrgica) en segundo orden estuvieron los médicos con nivel regular (27.9%) no hubo médicos que

estaban en el nivel bajo de conocimiento de cultura de seguridad del paciente. En el caso de las enfermeras, fueron iguales las proporciones de aquellas que poseían nivel bueno de Cultura de seguridad hacia el paciente (50% del total de enfermeras del área quirúrgica) y las que poseían regular (50%) no se presentaron casos con bajo nivel. Dicha distribución hace suponer la Cultura de seguridad está más afianzada en los médicos que en las enfermeras, pero como se verá más adelante el test estadístico correspondiente no corrobora dicha apreciación.

### Pruebas de hipótesis

Ho: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

*Comparación de la Cultura de seguridad en el área quirúrgica, Médicos vs. Enfermeras, prueba U de Mann-Whitney*

	Profesión	N	Rango promedio	Suma de rangos	Resultados prueba U de Mann Whitney
Cultura de seguridad en el área quirúrgica	Medicina	86	71.34	6135.50	U = 1733.5
	Enfermería	48	60.61	2909.50	Z = -1.547
	Total	134			p = 0.122

En la tabla se muestra en el test U de Mann Whitney se arroja el valor  $p=0.122 > \alpha=0.05$ , esto significa que no se rechaza hipótesis nula y se concluye lo siguiente: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018.

## IV. Discusión

El presente estudio sobre Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018, el cual se realizó en la Clínica San Pablo, de nivel II, y que recibe la certificación de Joint Commission International, la cual es la máxima distinción que una entidad de salud puede recibir a nivel mundial, su importancia recae en que garantiza el uso de estándares internacionales en los procesos e infraestructura para la calidad y seguridad del paciente. Dicho trabajo está enfocado en los médicos y las enfermeras ya que son ellos la clave para que en una cirugía se ejecute todos los protocolos de seguridad del paciente. El estudio planteó como primer objetivo si existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras de la clínica San Pablo – Surco 2018, obteniéndose como resultado; que la cultura de seguridad del paciente es mayor en médicos con un 72.1% en el nivel bueno, frente a 50.0% de enfermeras con el mismo nivel, para el nivel regular tenemos 27.9% de médicos y 50% de enfermeras, en el nivel malo no se evidencia a ningún profesional, este resultado evidencia que los médicos poseen un mejor nivel de seguridad del paciente, se puede explicar por el tiempo de permanencia del grupo médico, que sobrepasan los 10 años en la mayoría de los casos, mientras que el personal de enfermería, debido a su situación laboral con pocas oportunidades de crecimiento profesional, sueldos mínimos mantiene un poco continuidad, frecuentemente se contrata nuevas enfermeras, recién egresadas, sin la experiencia necesaria, para realizar esta actividad en igualdad de condiciones que los médicos. Luego se aplica la prueba estadística de U de Mann Whitney y se obtuvo un valor p de 0.122% mayor a 0.05 por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir no existe diferencia significativa entre ambos grupos de profesionales.

## **V. Conclusiones**

En la tesis desarrollada se concluye que No existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo, el cuestionario aplicado a la población,

respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor  $p=0.24 > \alpha=0.05$ , por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula. El cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor  $p=0.041 < \alpha=0.05$ , luego se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente y el antes de la incisión cutánea entre médicos y enfermeras del área quirúrgica de la clínica San Pablo – Surco 2018.

## VI. Referencias Bibliográficas

- Aranaz, Aibar, Vitaller, y Ruiz (2005). Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. Informe Ministerio de Sanidad, Madrid.
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M. y Maciá-Soler, L. (2014). *Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*. *Enfermería clínica*, 25(2), 64-72.
- Campos-Rubio, Chico-Ruiz y Cerna-Rebaza (2014). *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Iazarte Echegaray, Trujillo*. 17(1), 54-73.
- Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. (2011) *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. Recuperado en: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>
- Da Silva Gama, Z. A., de Souza Oliveira, A. C., & Hernández, P. J. S. (2013). *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals*. *Cad. Saúde*.

Dextre Bazalar, Ricardo. (2013) IX Conferencia Nacional e Internacional de la calidad de la Salud. La Gestión de Procesos para la Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud. Lima, Peru.

Fajardo-Dolci, G., Lamy, P., Suárez, J. R., Dominguez, M. A. F., Morales, J. J. L., Torres, F. H., & Varela, J. S. (2016). Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Revista CONAMED*, 15 (1).

Gamboa y Ferney (2010). *Programa de seguridad del paciente, evaluacion y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. de San Luis Tolima.*

Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., y Soto Gámez, A. (2011). *Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y enfermería*, 17(3)

Guevara (2015). Transcripción de Diseño descriptivo Comparativo. Pentti.

Health and Safety Commission (1993). Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO,23.

Hernández, C. M. M. (2006). Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(1)

**Anexo 7****Declaración jurada de autoría y autorización para la publicación del artículo científico**

Yo, Dery Ricardina Torrecillas Golac, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulada "Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018". Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicado ni presentado anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente la idea de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, la publicación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, 21 de octubre del 2018



---

Dery Ricardina Torrecillas Golac

DNI 43632188

## ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Acta de Aprobación de originalidad de Tesis**

Yo, Teresa de Jesús Campana Añasco, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial sede Ate, revisor de la tesis titulada "Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo — Surco 2018" del estudiante Dery Ricardina Torrecillas Golac, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 24% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima 18 de Agosto del 2018

**Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco**

DNI: 31035536

The screenshot shows a web browser window displaying the Turnitin Feedback Studio interface. The browser's address bar shows the URL: <https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?s=3&u=1075136605&o=985908104&lang=es>. The page title is "feedback studio Dery Ricardina Torrecillas Golac tesis".

The main content area displays the following information:

- ESCUELA DE POSGRADO** (UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO)
- Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo - Surco 2018.
- TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud
- AUTORA:**  
Bc. Torrecillas Golac, Dery Ricardina
- AFSOR:**  
Dra. Campana Alvarado, Teresa
- SECCIÓN:**  
Carrera Medicina
- LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
Calidad de prestaciones asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud
- CIUDAD - PERÚ**  
2008

The right sidebar, titled "Filtros y configuración", contains the following options:

- Filtros:**
  - Excluir citas:
  - Excluir bibliografía:
  - Excluir fuentes que tengan menos de:
    - palabras
    - %
    - No excluir por tamaño
- Configuración opcional:**
  - Resaltado multicolor:

Buttons at the bottom of the sidebar include "Aplicar cambios" and "Informe nuevo".

At the bottom of the browser window, the status bar shows: "Página: 1 de 90", "Número de palabras: 18601", "Text-only Report", "High Resolution", and "Activado".

Below the browser window, there are three handwritten elements:

- A signature on the left.
- A circular stamp in the center: "UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN CAMPUS ATE POSGRADO".
- A signature on the right that reads "Campana".







# 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

PROGRAMA DE MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

BR. DERY RICARDINA, TORRECILLAS GOAC

TESIS TÍTULADA :

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL AREA QUIRURGICA  
ENTRE MEDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA CLINICA SAN  
PABLO -SURCO 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO (A)

SUSTENTADO EN FECHA: 31 AGOSTO DEL 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBADA POR UNANIMIDAD

*Compu*