



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del
servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico
del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR -
EsSALUD. Lima, 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Br. Arleny Molina Ozejo

ASESOR:

Mg. Daniel Córdova Sotomayor

SECCION:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión en los Servicios de la Salud

LIMA - PERÚ

2017



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): MOLINA OZEJO ARLENY

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

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y CENTRO QUIRURGICO DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR-ESSALUD. LIMA 2017.

Fecha: 02 de diciembre de 2017

Hora: 8:45 a.m

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Liza Dubois Paula Viviana



Firma:

SECRETARIO: Dra. Karen del Pilar Zevallos Delgado

Firma:

VOCAL: Mg. Daniel Córdova Sotomayor

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobado por mayoría*

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

.....
.....
.....



Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

..... *Aplicar APA*

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

Dedicatoria

Dedico al orgullo de mis padres sobre mi persona, que por el cual sigo adelante y me esfuerzo para darles la alegría que ellos se merecen.

Agradecimiento

Agradezco al apoyo de esta casa de estudios por haber hecho que culmináramos nuestra maestría, brindándonos los docentes más idóneos para cada asignatura. Agradezco la disposición, la paciencia del docente de investigación, quien paso a paso ha logrado que internalizemos lo importante que es en nuestras carreras la investigación y que desarrollemos este trabajo con nuestro propio esfuerzo. A las enfermeras de los servicios de cirugía cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR-EsSALUD, y a sus autoridades por brindarme las facilidades para la realización del estudio de investigación.

Declaración de Autoría

Yo, Arleny Molina Ozejo, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Cultura De Seguridad Del Paciente, En Enfermeras Del Servicio De Cirugía Cardiovascular Y Centro Quirúrgico Del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUD. Perú. Lima 2017” presentada, en 80 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

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

Lima, 22 de julio del 2017

Arleny Molina Ozejo
DNI N° 28605020

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Dando cumplimiento a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y títulos de la sección de Postgrado de la Universidad César Vallejo para optar el grado de magister en Gestión de los servicios de la salud, se presenta el trabajo de investigación denominado: Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - EsSALUD del Perú. Lima 2017. La investigación tiene la finalidad de comparar el tipo de cultura organizacional entre dos servicios que trabajan conjuntamente dentro del instituto nacional Cardiovascular, Lima 2017; para mejorar la calidad de servicio.

La presente investigación está dividida en siete capítulos: El capítulo I, se consideró la introducción que contiene los antecedentes, fundamentación científica, justificación, problema, hipótesis y objetivos; el capítulo II, referido a las variables de estudio, la operacionalización de las variables, tipo y diseño de investigación, las técnicas e instrumentos; el capítulo III, lo conforma los resultados de la investigación; el capítulo IV la discusión de los resultados; el capítulo V las conclusiones de la investigación, el capítulo VI las recomendaciones , el capítulo VII las referencias bibliográficas y finalmente los anexos.

Se espera señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

La autora

Índice

	Página
Página de jurados	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1 Realidad problemática	15
1.2 Trabajos previos	18
1.3 Teorías relacionadas al tema	26
1.4 Formulación del problema	42
1.5 Justificación	43
1.6 Hipótesis	44
1.7 Objetivos	45
II. Método	
2.1 Diseño de investigación	48
2.2 Operacionalización de variables,	49
2.3. Población, muestra y muestreo	51
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	51
2.5. Métodos de análisis de datos	53

2.6. Aspectos éticos	53
III. Resultados	54
IV. Discusión	67
V. Conclusiones	76
VI. Recomendaciones	78
VII. Referencias	80
VIII. Anexos	83
Anexo1: Artículo científico	
Anexo 2: Matriz de consistencia	
Anexo 3: Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 4: Certificados de validación de instrumentos	
Anexo 5: Confiabilidad de las Dimensiones Contenidas en el Cuestionario	

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente	50
Tabla 2	Distribución de la muestra	51
Tabla 3	Validez de contenido del instrumento de cultura de seguridad del paciente	52
Tabla 4	Niveles de seguridad del paciente según el personal de enfermería de los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico EsSALUD, INCOR, lima 2017.	55
Tabla 5	Nivel de resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.	56
Tabla 6	Niveles de trabajo en equipo en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017	57
Tabla 7	Niveles de la comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017	58
Tabla 8	Nivel de dirección/gestión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	59
Tabla 9	Nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	60
Tabla 10	Grado de diferencia entre la cultura de seguridad del paciente entre enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro	61

quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de EsSALUD, lima 2017.

Tabla 11	Grado de diferencia entre en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017	62
Tabla 12	Grado de diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	63
Tabla 13	Grado de diferencia la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	64
Tabla 14	Grado de diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	65
Tabla 15	Grado de diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017	66

Índice de figuras

	Página
Figura 1 Niveles de seguridad del paciente según el personal de enfermería de los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico EsSALUD, INCOR, lima 2017.	55
Figura 2 Nivel de resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.	56
Figura 3 Niveles de trabajo en equipo en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017	57
Figura 4 Niveles de la comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017	58
Figura 5 Nivel de dirección/gestión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	59
Figura 6 Nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.	60

Resumen

La investigación titulada Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR del Seguro Social del Perú. Lima 2017, tuvo como objetivo general de comparar niveles de Cultura de seguridad del paciente en los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico.

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo comparativo. El diseño de investigación fue no experimental; de corte transversal el muestreo fue no probabilístico y la población estuvo constituida por 30 enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular y 30 del servicio de centro quirúrgico. Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para medir la variable cultura de seguridad del paciente, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad de Alpha de Crombach.

Se aplicó el estadístico chi cuadrado de Pearson con un valor de 0,196, ($p < 0.05$), por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones, de 0,091, donde se puede observar que existe una diferencia con una significancia $p < 0.05$. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula, afirmando que no existe una relación en los resultados de la cultura organizacional entre el servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico.

Palabras clave: cultura, seguridad, paciente.

Abstract

The research entitled Culture of patient safety, in nurses of the cardiovascular surgery service and surgical center of the National Cardio Vascular Incor Institute of Social Security of Peru. Lima 2017 had as general objective to compare levels of cultrusa of patient safety in the services of cardiovascular surgery and surgical center.

The research was conducted under the quantitative approach and deductive hypothetical method with a type of basic research and comparative descriptive level. The research design was non-experimental; cross-sectional sampling was non-probabilistic and the population consisted of 30 nurses from the cardiovascular surgery service and 30 from the surgical center service. A Likert scale-type questionnaire was used to measure the patient's safety culture variable, which were subjected to the validity and reliability of Cronbach's Alpha.

The Pearson chi square statistic was applied with a value of 0.196, ($p < 0.05$), so the null hypothesis is not rejected. On the other hand, scores of 0.091 were obtained, where it can be seen that there is a difference with a $p < 0.05$ significances. Therefore, the null hypothesis is not rejected, stating that there is no relationship in the results of the organizational culture between the cardiovascular surgery service and surgical center.

Key words: culture, security, patient.

I. Introducción

1.1 Realidad Problemática

“La ciencia médica ha evolucionado dando lugar a que la asistencia sanitaria con el transcurrir del tiempo se transforme en una actividad más eficaz, pero a su vez más compleja y altamente peligrosa; lo que trae como riesgos para los pacientes”.

En el transcurrir del avance de la ciencia en cuestión de la salud, los riesgos para los pacientes también aumentaron, por esa razón, así como la ciencia avanza en crear nuevas medicinas, y tecnología también debe de crearse nuevos instrumentos de atención que regulen la buena atención y la disminución de errores y complicaciones para los pacientes. (Hernández, 2008. p 32).

“A medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, los riesgos se incrementan en la práctica sanitaria favoreciendo la presencia de errores y eventos adversos no deseados. El error puede entenderse como una falla derivada tanto del proceso como de su resultado, independiente del daño que pueda ocasionar” `

Por tal razón las acciones y actividades del personal de salud en las diferentes instituciones deben de ser más estandarizadas ya que esto permitirá disminuir los riesgos para el paciente, disminuyendo los errores y/o eventos en relación al tratamiento que reciben los pacientes. (Aranaz, 2004, p. 22).

La Sociedad Americana de Cuidados Intensivos ha desarrollado el sistema ICU Safety Reporting System, que involucra a más de treinta Unidades de Cuidados Intensivos, tanto de adultos como pediátricas, en el que tienen una página web donde se notifica voluntariamente y anónima los eventos adversos en pacientes críticos, permitiendo la comparación de resultados entre los diferentes centros de atención. Este sistema se enfoca más a las condiciones en las que se trabaja que en factores personales y analiza los factores contribuyentes a la aparición del evento y los factores que reducen su impacto negativo.

Hoy en día, al año se realizan alrededor de 234 millones de procedimientos quirúrgicos en el mundo, lo que representa una intervención quirúrgica de 25 por cada cien mil habitantes del planeta. El problema es que casi siete millones de personas sometidas a cirugías sufren algún evento adverso, y aproximadamente un millón de esas personas mueren como consecuencia de estos eventos, el que se podría reducirse a la mitad con la utilización de normas, mecanismos de seguridad y procedimientos relativamente simples. “Las complicaciones más

frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria”

Este hecho hace que estemos en búsqueda de lograr alcanzar una identificación de los errores más frecuentes, y dar alternativas de solución, para esto se necesita que el personal de salud este consciente de que el hecho de reportar los eventos, errores y equivocaciones en las cirugías traerá como consecuencia las soluciones y precauciones de caso para las siguientes intervenciones. (La Organización Mundial de la Salud. 2008, p.4)

En la Asamblea Mundial de Salud del 2004, la OMS acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza involucra una serie de medidas consideradas claves para disminuir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en asumir la seguridad del paciente como lo más importante en la agenda de los países miembros.

Esta alianza en la actualidad está rigiendo en la aplicación de un instrumento de verificación el que tiene ítems que son iguales en todo el mundo, así emplean este instrumento previo a cada cirugía.

Una de las iniciativas multifacética y participativa para disminuir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura, fue “*La cirugía segura salva vidas*” basados en diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía, cinco “estadísticas vitales” para medir los progresos realizados, y una *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía* que se chequeara en cada procedimiento quirúrgico; en el que los Estados miembros tienen el compromiso de respaldar el objetivo de mejorar la atención en todos los entornos, independientemente de sus recursos.

Esta lista de verificación relacionada a la cirugía segura, ya se ha instaurado en varias instituciones salud adaptadas todas a la realidad y políticas institucionales, el que está sirviendo para evitar esos errores, eventos y complicaciones, en la atención.

Entre los estudios realizados en Los Estados Unidos destacan el de Harvard Medical Practice, en 1984 Nueva York, encontrando una incidencia de eventos adversos de 3,7%, siendo el más frecuente de ellos las reacciones a medicamentos

con 19%, seguido por las infecciones intrahospitalarias de herida quirúrgica con 14%; el de Utah y Colorado en 1992, determinó una incidencia anual de eventos adversos del 2,9% (20,21,22). Pero estos datos contrastaban con los encontrados en otros estudios como el Quality in Australian Health Care Study, realizado en hospitales del sur de Australia y de Nueva Gales del Sur, con una incidencia de Eventos adversos de 16,6%., el de Davis et al realizado en Nueva Zelanda en 1995, de Vincent et al en Inglaterra en 1999 y el de Baker et al en Canadá en 2000, obtuvieron una incidencia de 12,9%, 10,8% y 7,5% respectivamente.

En nuestro país, los estudios e investigaciones realizadas por el ministerio de salud aún son atrasados, ya que como aún no tenemos un sistema informático que nos vaya dando día a día la incidencia de eventos, complicaciones y errores intra hospitalarios, todavía no forma parte de la conciencia de cada personal de salud al dar una atención.

El Perú, también forma parte de la Asamblea Mundial de la Salud, por medio del Ministerio de Salud como ente rector, el que implementa a todas las instituciones de salud del sector privado las estrategias, instrumentos y mecanismos para ofrecer la mayor seguridad a los pacientes durante su restablecimiento después del proceso de una enfermedad. Por lo cual en noviembre de 2004 se concreta mediante la Resolución Ministerial N° 143- 2006/MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Este comité creo un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente en el 2006, los que están implementados en los diferentes hospitales. La Resolución 308- 2010/MINSA acepta la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, el que se puede adaptar a la realidad de cada institución prestadora de servicios de salud, con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú. (El Ministerio de Salud. 2011, p.1).

Para la mejora de la seguridad del paciente es importante la atención de calidad y eficaz del equipo de salud ya que así se tomarán medidas importantes para cada actividad de salud que respalde la atención que estamos brindando.

“Es importante la Cultura de Seguridad en el profesional de salud, el cual se ha transformado en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para avanzar

en el tiempo hacia estados más maduros. La identificación del nivel de cultura sobre la seguridad del paciente es importante para la mejora de la calidad de la atención en salud”.

Las instituciones de salud deben de adoptar una determinada cultura de seguridad para el paciente ya que solo así se podrán tener una identificación positiva en la sociedad o visiversa, por lo tanto, con una cultura de seguridad fuerte se podrá ver la madurez de la institución ya que para poder alcanzar este nivel los profesionales han tenido que pasar por distintos procesos de mejora continua. (Fajardo, Rodríguez y Arboleya. 2010, p.3).

Actualmente en el Instituto nacional Cardiovascular INCOR, le da importancia a la seguridad del paciente, teniendo distintos instrumentos check list, que se utilizan previo a cada cirugía y a diferentes procedimientos especiales que se realizan dentro de la institución, ya que como comprenderán el instituto es el único en el país con la capacidad resolutive para realizar cirugías de mayor complejidad, pero a pesar de eso aun ocurren eventos y complicaciones de los pacientes.

Por tanto, esta investigación tiene como propósito identificar y comparar la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular adulto y las enfermeras de centro quirurgico del INCOR, dando a conocer a todo el grupo de enfermeras los resultados acerca de este tema tan importante y que en la actualidad está en boga.

1.2 Trabajos previos

1.2.1 Trabajos previos Internacionales

Birkmeyer y Cols. (2013). Michigan – EEUU, realizaron una investigación. *Cultura de seguridad y la complicación después de la cirugía bariátrica* su objetivo fue determinar la cultura de seguridad del paciente y factores de riesgo durante los procedimientos bariátricos. Haciendo uso de la encuesta HSOPSC, encuestaron al personal de 22 hospitales, se concluyó que las tasas de complicaciones serias fueron 17 significativamente bajas entre hospitales que recibieron una excelente calificación general de seguridad del pacientes (1.5%) comparadas con aquellas que recibieron una excelente calificación muy buena (2.6%) o aceptable (4.6%), en

los ítems individuales aquellos relacionados con la coordinación y comunicación entre las unidades hospitalarias fueron los más frecuentes asociados con las tasas de complicaciones.

Ballangrud y Cols. (2012). Oslo – Noruega, realizaron el estudio *Percepción del clima de seguridad de los pacientes de cuidados intensivos* su objetivo fue explorar los predictores potenciales para la percepción general de la seguridad y la frecuencia de reportes de incidentes. Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal haciendo uso de la encuesta HSOPSC en 4 hospitales compuesta por 220 enfermeras. Se llegó a la conclusión que 7 de las 12 dimensiones alcanzaron una proporción de puntajes positivos sobre el 55%, 5 alcanzaron una proporción baja, diferencias significativas se encontraron entre los tipos de unidades y los 4 hospitales con UCI diferentes.

Fermi, Vecina y Borrás, (2011), España; realizaron un estudio sobre la *Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español*, donde el objetivo fue identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, el método usado fue el descriptivo en el que se obtuvieron los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH usando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 localidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. concluyeron: “los resultados son semejantes a otros estudios de investigación relacionado al tema de seguridad del paciente dentro de nuestros sistemas de salud, porcentualmente con respuestas positivas más bajas que las negativas. Por lo que se sugieren ciertas acciones para mejorar la cultura de seguridad del paciente”.

Gómez y colaboradores en Colombia, 2011. En su estudio sobre *Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá*. Describe la percepción de dicha cultura dicha por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que forman parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá. El método utilizado fue el descriptivo, transversal. Tuvo una muestra de 201 profesionales y técnicos en

enfermería que participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. El cuestionario fue auto administrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. Alguno de los resultados, la cultura de seguridad del paciente referido por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. Entre otras concluyeron: “todas las instituciones de salud sean privadas o estatales ya están tomando importancia a este punto que es la seguridad del paciente”. Dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el Perú, dentro de sistema de seguridad social a nivel nacional, se está tomando mayor importancia al tema de seguridad del paciente y para ella se han generado distintas listas de verificación, guías, manuales y protocolos para la atención segura de los pacientes.

Fajardo Dolci y colaboradores. Comisión Nacional de Arbitraje Medido, en México, en el año 2011. Presentaron un estudio titulado *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud*, cuyo objetivo, fue valorar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, la encuesta sobre seguridad del paciente se aplico a 174 profesionales de salud, en la que se investigó datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Entre otros concluyeron: “La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla.”

Carchano, Sanchis, Serralta, Pérez, Sausa. (2010) en su trabajo de investigación titulada: *Relación existente entre los factores labores y la percepción sobre la Seguridad del paciente. Y comparar “cultura de seguridad” y “apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente” entre las distintas categorías profesionales En Murcia*. En un estudio; cuyo objetivo fue analizar la relación existente entre los factores labores y la percepción sobre la Seguridad del paciente. Y comparar “cultura de seguridad” y “apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente” entre las distintas categorías profesionales. La metodología del estudio fue descriptiva, transversal. Participaron 37 profesionales mediante el autopase de la encuesta difundida por la Agencia de investigación y

Calidad en Salud. Los datos se evaluaron con el programa estadístico "PASW Statistics 18". Las principales conclusiones fueron: "A mayor tiempo trabajado la percepción sobre la Seguridad del Paciente empeora, existe una falta de confianza en los gestores y líderes de las organizaciones sanitarias. Los profesionales no sienten que la seguridad sea una prioridad en su servicio ni en su hospital. Es necesario contar con el apoyo y el estímulo de la dirección, ya que es su responsabilidad crear unas condiciones de trabajo que potencien la Seguridad del paciente. Además, se debe proporcionar formación e instrumentos para un adecuado análisis de los problemas de seguridad detectados y debe ser una prioridad". Es muy cierto, que para que el profesional pueda dar un servicio de salud con calidad, calidez y eficacia, las condiciones de trabajo también, deberán de ser optimas ya que la identificación del profesional empieza desde que este se sienta segura en su trabajo, por tanto la estabilidad laboral es muy importante seguido las horas de trabajo mensuales que realizan, las bonificaciones, reconocimientos por las buenas prácticas y otros hacen que el profesional de salud se sienta contento por tanto su trabajo y por tanto se sentirán más identificación en los objetivos y la visión que tiene la institución como organización.

Intendencia de Prestadores de Salud. Unidad Técnica Asesora de Chile, (2009) presentaron un estudio sobre la *Percepción de la Cultura de la Seguridad del Paciente entre los profesionales del Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal*, presentó un estudio sobre, tuvo como objetivo evaluar la percepción de los profesionales acerca de la cultura de seguridad de las áreas de atención clínica y de apoyo. Los sujetos de estudio fueron profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Padre Hurtado, incluyendo médicos, enfermeras(os), matronas(es), kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos. La muestra estimada, para un universo total de 527 profesionales, fue de 143 sujetos. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal. El instrumento consistió en una encuesta de auto aplicación anónima. Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Cordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales, que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004), en su versión traducida al español por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia. Las

conclusiones a las que arribaron fueron: “Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la deficiente Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura”. Las conclusiones a los que arribaron, no son diferentes a la realidad en nuestras instituciones aquí en el Perú, ya que muchas veces el profesional no informa los eventos adversos para no ser objeto de evaluación, o que interfiera con su contrato, y lo más grave es que seguimos en la deficiencia de la dotación de personal para las diferentes instituciones creando una sobrecarga laboral y como consiguiente los eventos adversos, omisiones y complicaciones de los pacientes.

1.2.2 Trabajos previos Nacionales

Perez. (2016). En el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de EsSalud, en el que por día se realizan aproximadamente 5 cirugías cardíacas entre pacientes adultos y pediátricos, utilizan una lista de verificación rápida con la finalidad de disminuir complicaciones quirúrgicas que podrían prevenirse y hacer que la cirugía no tenga ninguna eventualidad dentro de sala de operaciones. Sin embargo, observan indisposición para realizar la aplicación de la LVCS, afectando la utilización de este instrumento en un 100%. Por lo que no estarían garantizando la seguridad del paciente ante la indisposición del personal en hacer uso de la lista de verificación en el pre y intra operatorio. La investigadora se ha planteado el siguiente objetivo: Determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular-EsSalud.: En relación a la UTILIDAD de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo se puede decir que hay dos tendencias marcadas, (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS. Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, de tal manera que influye negativamente en la seguridad del paciente. En relación a la APLICACIÓN de la LVCS, podemos concluir que, aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una PERCEPCIÓN FAVORABLE, existe un tercio de la población (32%) que tiene una PERCEPCION DESFAVORABLE; esto pone en riesgo la adherencia de la LVCS a la práctica quirúrgica, por tanto, pasaron desapercibidas las normas básicas de la seguridad

del paciente y ciertos eventos pudieron ser prevenidas. Con estos resultados que obtuvieron, aun no se han planteado nuevas alternativas de instrumentos para cirugías seguras, lo que, si han mejorado los check list en alguna proporción, esto no es un buen indicativo para la institución, ya que por ser una institución del más alto nivel debería ya presentar una cultura de seguridad de paciente fuerte y positiva.

Fernández. (2015) en su estudio, *Analgesia y eventos adversos post quirúrgicos de la administración de morfina junto con los anestésicos locales en cesáreas programadas con anestesia epidural simple: Hospital Nacional Sergio E. Bernales*. Objetivos: Determinar el nivel de analgesia y eventos adversos de la administración de la morfina por vía epidural en dosis única junto a los anestésicos locales en pacientes post cesareadas. Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y aleatorizado simple ciego. Una muestra de 90 pacientes cesareadas, bajo anestesia epidural La seguridad de los fármacos estudiados se demostró que no produjeron eventos relacionados a la insuficiencia respiratoria. Solo una paciente presentó retención urinaria que representa el 3.3% y no necesitaron nada más que observación. Náuseas y vómitos presentó un 16.6% del grupo A, 13.3% del grupo B y 23.3% del grupo C a quienes se administró tramadol 100mg y ketoprofeno 100mg endovenoso como analgesia de rescate. Conclusiones: La eficacia analgésica de morfina por vía epidural en dosis de 2.0 mg fue mayor en comparación a morfina por vía epidural en dosis de 1.5 mg y ambas dosis presentaron mejor eficacia para el manejo del dolor que la administración de analgésicos endovenosos del grupo control. Consideramos viable el uso generalizado de morfina epidural en dosis única, en este grupo de pacientes lo que reducirá costos en el Hospital, mejorando el manejo del dolor postoperatorio y con baja incidencia de efectos adversos. En este estudio, concluyeron que la administración de morfina epidural resulto de mejor opción ante los otros analgésicos y además los eventos y/o reacciones adversas no se dieron en las dosis utilizadas, probablemente estas dosis también se puedan considerar seguras ya que lo realizaron en un conjunto de pacientes.

Díaz y Zegarra (2013), realizaron una investigación *Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del Hospital Yanahuara*. con el objetivo de conocer la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial. Es un

estudio que tiene un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal, haciendo uso como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario, teniendo como población 603 trabajadores asistenciales, se concluyó que la cultura de seguridad del paciente en el hospital está en proceso de evolución ya que 9 de las 12 dimensiones no califican ni como fortaleza, ni como oportunidad de mejora por tener porcentajes de respuestas dispersas

Terrazas. (2013) en su trabajo de investigación titulada: *Seguridad del uso de agentes biológicos en el Servicio de Reumatología del HNERM entre enero del 2004 y noviembre del 2008. Lima Perú*. Concluyen: Diversos estudios en población, han demostrado la eficacia y seguridad de estos medicamentos, sin embargo, existe poca información a nivel latinoamericano y nacional con reportes de casos con escaso número de pacientes. Objetivo: evaluar la seguridad del uso de biológicos en el servicio de reumatología del HNERM. Material y Métodos: el estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo y comprendió a todos los pacientes que recibieron tratamiento con algún agente biológico entre enero del 2004 y octubre del 2008, en el Servicio de Reumatología del HNERM. En las revisiones de las historias clínicas encontraron una ficha de eventos adversos, encontrando una serie de eventos. Se calcularon promedios, desviaciones estándar de las variables cuantitativas, y con respecto a las variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Resultados: se contabilizó un total de 49 pacientes. Identificando 13 eventos adversos serios y 43 eventos adversos no serios, siendo las infecciones el principal evento adverso en ambos grupos. Conclusiones: se reportaron efectos adversos en 71.4% de los pacientes que recibieron terapia biológica, la mayoría leves, siendo la infección el evento adverso más frecuente. En este estudio retrospectivo identificaron eventos adversos no notificados, pero los que se notificaron, por lo que podemos decir que es importante identificar los eventos para dar las soluciones o medidas correctivas y además para poder estandarizar ciertas acciones que tengan que ver con la administración de los medicamentos.

Galarza, Ramos, Chía, Ronceros, Santiani, Gutiérrez (2011). En su estudio *Eficacia y seguridad de la terapia tópica tratamiento del prurito de la foliculitis eosinofílica asociada al virus de la inmunodeficiencia adquirida*. Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad de la terapia tópica con capsaicina 0,075% versus mentol 1% asociada al virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Diseño:

Estudio clínico aleatorizado y doble ciego. Lugar: Servicios de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT) y Dermatología, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú. Población: Pacientes con foliculitis eosinofílica asociada al VIH. Intervenciones: La muestra estuvo constituida por 40 pacientes del total de la población, distribuidos mediante muestreo aleatorio sistemático en dos grupos: el grupo 1 conformado por 20 pacientes que recibieron la terapia 1; y el grupo 2, conformado por 20 pacientes que recibieron la terapia 2. Los pacientes recibieron tratamiento con capsaicina al 0,075% y mentol 1%; Se presentaron eritema y ardor en 3 pacientes (15%) que recibieron, mientras que en el grupo que recibió mentol al 1% un paciente (5%) presentó eritema, no hallándose diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Conclusiones: La terapia tópica con capsaicina es segura y eficaz en el tratamiento del prurito, en la foliculitis eosinofílica asociada al VIH. En este estudio vieron la eficacia de un determinado tratamiento, este estudio dará la seguridad de usar un determinado tratamiento para una determinada enfermedad, por lo que le da seguridad al paciente al usarlo.

Ore. Perú (2010). En un estudio de investigación sobre *Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico*; cuyo objetivo fue describir el saber y que hacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas post quirúrgicas en un hospital de cuarto nivel de la ciudad Lima. El método fue descriptivo, de tipo cualitativo. La muestra tomada fue de 10 enfermeras de post quirúrgico en pacientes de adultos y se les aplicó una entrevista de preguntas profundas. En los resultados, se ven dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto y el proceso del cuidado seguro, sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un aseguramiento del paciente; a su vez emergieron sub-categorías para cada categoría. Respecto a la primera se identificaron: cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud. A su vez para la segunda categoría se encontraron: la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación. Entre las consideraciones finales tenemos: "El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud".

1.3 Teorías Relacionadas al Tema

Cultura de Seguridad

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

Cultura es un conjunto de creencias, valores, ideales y conductas, por tanto, cultura de seguridad se refiere al conjunto de conceptos y conocimientos, compartidos en una institución para la atención segura a una determinada población. (Uttal. 1983 en la revista Fortune p. 4)

También se refieren a las conductas y criterios orientados a la atención segura y la mejora de esta cada día, dentro de una determinada organización. (Cooper, 2000. p.23)

Modelo de Cultura de Seguridad Total

Modelo de cultura de seguridad de Geller, intervienen tres factores dinámicos: Entorno, Persona y Comportamiento; la Cultura de Seguridad de una Organización puede evolucionar a través de tres fases: Dependiente, Independiente e Interdependiente. (Geller 2000. Pg. 12)

Este modelo puede ser válido para muchas organizaciones, y en las de salud tiene mucho que ver ya que el trabajo cotidiano es tener que interactuar con estos tres factores,

Fase Dependiente: Se caracteriza por no hacer ningún esfuerzo más allá que el exigido por la legislación.

Ósea el personal que labora en la institución no da más de lo que esta exigido a realizar, y no hará otra cosa más que lo que sus normativas institucionales le indiquen.

Fase Independiente: La organización sabe que el cumplir las leyes no es suficiente para evitar los accidentes laborales, por lo que insiste en mejorar su seguridad más allá de lo que exijan las legislaciones, todos los miembros de la compañía se mentalizan acerca de su responsabilidad en materia de seguridad.

Bien explica esta fase el personal esta tan identificado con la seguridad del paciente que va más allá de las normativas o legislaciones de la institución y además son responsables de las acciones que realizan y por eso que sobrepasan de las leyes de les da la organización.

Fase Interdependiente: Corresponde al escalón más alto, en ella sus miembros se preocupan activamente por el estado de seguridad propio y el de sus compañeros, realizando tareas más allá de las asociadas a su puesto de trabajo en aras de mejorar el nivel de seguridad de la compañía.

Todos los trabajadores están conscientes que seguir subiendo de nivel involucra el crecimiento de todos, para tal motivo todos se preocuparan y participaran activamente y logran la seguridad propia y de la institución.

Características:

Participación de los Trabajadores

Los procedimientos lo realizan las jefaturas y lo imponen a los trabajadores

El trabajador se encarga de realizar los procedimientos que se les dieron

Los trabajadores toman decisiones para poder hacer más seguro su trabajo.

Motivación para Trabajar con Seguridad

El contrato del trabajador le exige realizar su trabajo con seguridad y responsabilidad.

Trabajan de forma segura porque saben que debe de ser así.

Trabajan con seguridad en el trabajo por respeto al equipo de trabajo.

Metodología

Se penalizan las acciones, actividades que se realizan con inseguridad.

Brindan reconocimiento a las actividades y acciones seguras.

Enfoque para Reducir Accidentes

Se ubica al responsable de las actividades y acciones inseguras

Se identifican las causas de estas actividades inseguras.

Se realizan estrategias para la mejora continua

Política de Seguridad

Importancia a la seguridad

La prioridad es la seguridad

El valor principal de la institución es la seguridad.

Escalera de la cultura de seguridad (Hudson, 2007)

El modelo de la Escalera de la Cultura en Seguridad de la OGP (Hudson, 2007); se divide en cinco niveles para la Cultura de Seguridad: Patológica, Reactiva, Calculativa, Proactiva y Generativa. Se incrementan los conocimientos y por lo tanto aumenta la confianza del trabajador.

Generativa: muestra a la seguridad como forma de trabajo.

Proactiva: La mejora continua es Liderada por la Seguridad.

Calculativa: Contamos con un Sistema para Gestionar los Riesgos

Reactiva: La importancia a la Seguridad hace que se investiguen los accidentes

Patológica: no se preocupan de sus acciones inseguras hasta que los encuentren realizando actividades inseguras.

Las principales características de estos modelos permiten a la organización alcanzar una fase de madurez con respecto a la seguridad, y luego el paso siguiente de tal manera que logran alcanzar la seguridad con respecto a la atención brindada.

El Factor Humano

Según Reason (1997) los errores son un problema de proceso de la información, por lo que su corrección requiere de un suministro de información de mejor calidad para la persona mientras la persona se mantenga informada y actualizada en el momento, se verá reflejada en su accionar ya que los temas de los errores se verán disminuidos.

Las infracciones por su parte, tienen sus orígenes en las motivaciones, las actitudes, los comportamientos del grupo y los factores culturales, por lo que las medidas para corregirlas han de dirigirse más hacia el corazón que hacia la cabeza. Ya que al ser dirigida de manera sentimental tendrá mayor impacto de responsabilidad de los trabajadores.

Seguridad basada en el comportamiento

Esta línea de estudio entiende que las personas son entes libres, capaces de decidir su comportamiento en función de las influencias que reciben del entorno. Según Geller (2000) un comportamiento es un acto que hacen las personas de manera natural, de tal forma que se pueda observar, que sea específico, y que sea objetivo.

De tal manera que realmente las personas actúen de acuerdo a sus convicciones, conocimientos, capacidades, valores, y comportamiento y además según la influencia del entorno social en el que se encuentren en ese momento

Skinner (1974) realizó uno de los aportes fundamentales a este campo, en sus estudios demostró que el comportamiento voluntario está motivado por las consecuencias que de él se desprenden. Como herramienta clave para entender y analizar los comportamientos, se utiliza el modelo ABC (Antecedentes - Comportamiento -Consecuencias). Según este modelo los comportamientos son dirigidos por los antecedentes, y motivados por sus consecuencias.

Entonces la selección de personal idóneo para ocupar cierto cargo debería de estar enfocado a este fundamento ya que su accionar estará reflejado en sus antecedentes, comportamientos y consecuencia.

El desarrollo de intervenciones para activar comportamientos seguros y desactivar los inseguros se basa en la aplicación del método científico al campo de trabajo de la Seguridad Basada en el Comportamiento. Geller (2000) define este proceso como (Definir-Observar-Intervenir-Comprobar):

Definir el campo de trabajo. se analizarán los comportamientos seguros que se quieren y los inseguros con potencial de crear un accidente o lesión.

Observar. Después de haber analizado y definido los comportamientos de trabajo, se cree un sistema que ayude a la medición y observación.

Intervenir. Poner en conocimiento el ABC de las medidas diseñadas.

Comprobar. Comprobar la efectividad de las medidas propuestas y comprobar según el sistema diseñado.

Seguridad del Paciente

Según la OMS la seguridad del paciente está definida como la Ausencia, prevención y mejora de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria.

Seguridad del paciente, es el conjunto de características estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas trabajos de investigación científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o disminuir sus consecuencias.

Es un principio fundamental de la atención sanitaria. Existe un cierto grado de peligrosidad al momento de brindar una atención de salud. Los eventos adversos van relacionados con los problemas en la práctica clínica, productos, procedimientos o del sistema.

Profesional: Con buenas practicas

Institucional: Con sistemas de salud seguros.

Político: basado en las estrategias que promueven cambios en el SNS y en la sociedad.

El Ministerio De Salud, define a la seguridad del paciente como la desaparición y finalización de las acciones inseguras dentro de una institución prestadora de servicios de la salud, con el uso de medidas y mejores prácticas garantizando óptimos resultados para el paciente.

EsSalud, basada en las practicas seguras que brinda el MINSA, acomoda los instrumentos y actividades de salud al brindar una atención libre de peligrosidad

e inseguridad, para ello dota de material de capacitación, infraestructura y de gestión orientados a brindar una atención segura.

En la actualidad el Ministerio de Salud, busca Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud, a través del Diagnóstico situacional de Cultura de Seguridad del Paciente Incorporarla en Misión, Visión y Valores de las instituciones Sistema de identificación, Registro, Notificación, Este procesamiento y análisis de eventos adversos. En tanto se ha formado el Comité Nacional de Calidad y Seguridad en Salud (Su Salud). Dando inicio la Campaña por la Calidad y Seguridad en la Atención: Manos limpias -Cirugía Segura, Infecciones Zero - Medicación Segura. Dándose la Aprobación de la Política Nacional de Calidad en salud Octava Política Gestión de riesgos.

Cultura de Seguridad del Paciente

La cultura de la seguridad de una organización es la multiplicación de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.

La cultura de seguridad del paciente se refiere a un conjunto de características, valores, principios, actitudes, normativas, estandarizaciones compartidas por grupos de profesionales de salud que laboran en una misma institución, influyendo estas en el desenvolvimiento de sus labores cotidianas, y reflejándose en la atención con el paciente y la sociedad.

Se refiere a los patrones de comportamiento individual y de la institución integrado, basado en las creencias y valores comunes que se buscan continuamente minimizando que el paciente pueda sufrir daño con el accionar de profesional sobre la atención prestada.

Atributos

La Cultura de seguridad, presenta atributos de gestión que [los profesionales sanitarios] se optimizan para que se ponga en práctica las diferentes estrategias en relación a la seguridad del paciente.

Se atribuye cultura de seguridad a todos los trabajadores de todas las áreas incluyendo a los profesionales mecánicos y no médicos la responsabilizarse de su propia seguridad y de la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes.

Componentes

Las organizaciones con culturas de la seguridad fuertes comparten entre todos sus trabajadores la prioridad máxima de la seguridad en un nivel que impregna toda la organización. Los componentes más destacados son:

Tienen conciencia de que las funciones de una organización de salud son de alto riesgo y propensas a los errores.

La notificación de estos errores o cuasi errores no deben de ser sancionados sino más bien dirigido a dar soluciones y propuestas de mejora continua.

Identificar los aspectos más vulnerables en la institución y trabajar en propuestas de solución para no caer en la inseguridad.

La institución debe brindar todos los recursos necesarios para lograr corregir ciertas acciones que fueron hechas con inseguridad.

Características de una cultura de la seguridad

Saber de antemano que las cosas podrían salir mal.

Capaz de asumir errores, ser proactivos en el tema, mejorando cada vez más.

Justa para Compartir conocimientos abiertamente y para dirigirse al profesional que ocasiono un evento adverso (Esto es crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).

Enfocada al Sistema: El sistema en el que trabaja está estrechamente ligada al trabajador. Investigar que sucedió, qué fue mal en el sistema ayudara a aprender lecciones y prevenir su recurrencia.

Está Presente cuando atiende al paciente, tiene un plan de atención y diseña como va ser su trabajo.

Esta acorde con la Misión, Visión Y Objetivos de la organización.

La seguridad del paciente tiene que estar como parte del desarrollo de Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar.

Beneficios de una cultura de la seguridad

El impacto es positivo en el funcionamiento de la organización.

Análisis situacional de eventos adverso y daños.

La perfección se dará con la Mejora Continua.

El personal debe tener la seguridad de impunidad para lograr se reporten los eventos adversos en el acto.

Reducir la Recurrencia y Severidad con el aprendizaje.

Daño / Impacto al paciente, disminuir el stress del personal con la culpabilidad, falta de confianza... al ocurrir menos Eventos adversos.

Tiempo de espera, disminución de las demandas de pacientes ligados a errores.

Los eventos adversos son objeto de reducción de costes extra-tratamiento.

Disminuye el costo de RECURSOS para quejas y reclamaciones.

Disminución de costos sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).

Cultura abierta e imparcial (justa)

Abierta respecto a: hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos.

Debe considerarse a los pacientes + personal + público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas.

Justa en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.

Disipa dos mitos:

Perfección: «si se intenta algo con empeño, no habrá errores».

Castigo: «castigando a quien comete errores, reducimos su número».

Responsable de sus actos.

Elementos necesarios.

Conocer la cultura actual antes de cambiarla.

Potenciar el entendimiento de seguridad del paciente y explicitar beneficios.

Liderazgo que: Promueve aprender de seguridad del paciente eventos y potenciar su comunicación.

Actúa gestionando riesgos proactivamente.

Asegurar que eventos se tratan de forma imparcial y se aprende a publicitar la gestión de eventos adversos y a dar feedback e informar a pacientes.

Sin obviar elementos disciplinarios en eventos graves, se contará con un enfoque a sistema.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.

Dimensión 1 Resultados de la Cultura de Seguridad

Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los usuarios rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los usuarios proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.

Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan.

Percepción de seguridad

La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes, como de los incidentes de seguridad. Diversos estudios han medido la percepción hacia la cultura de la seguridad, definida como un conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles.

Dimensión 2 Trabajo En Equipo

Trabajo en equipo consiste en proporcionar una asistencia sanitaria segura depende de individuos altamente capacitados con roles y responsabilidades diferentes que actúan juntos en los mejores intereses del paciente.

Trabajo en equipo dentro del área o servicio

El trabajo en equipo debe ser eficiente dentro de la prestación de atención de salud, porque logra un impacto inmediato y positivo en la seguridad del paciente. La importancia de los equipos eficientes en la atención clínica está incrementándose debido a factores tales como:

Mayor incidencia de la complejidad y especialización en la atención, mayores comorbilidades, mayor incidencia de enfermedades crónicas, déficit de fuerza laboral, y las iniciativas para lograr una cantidad segura de horas de trabajo.

Trabajo en equipo entre las áreas o servicios

Las barreras de comunicación a través de las jerarquías, falta de reconocimiento de la falibilidad humana, y la falta de conocimiento de la situación se combinan para causar un mal trabajo en equipo, lo que puede conducir a eventos adversos clínicos.

El trabajo en equipo de formación intenta minimizar el potencial de error mediante la formación de cada miembro del equipo para responder adecuadamente en situaciones agudas. Por tanto, el trabajo en equipo de formación se centra en el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y en la creación de una atmósfera en la que todo el personal se siente cómodo hablando cuando creen que existe un problema. Los miembros del equipo están capacitados para realizar comprobaciones cruzadas de las acciones de los demás, ofrecer ayuda cuando sea necesario, y resolver errores de una manera imparcial para reflexionar y proporcionar información, sobre todo después de los incidentes críticos.

La formación del trabajo en equipo también hace hincapié en el papel de los factores humanos, por ejemplo, los efectos de la fatiga, previstos o previsibles errores de percepción (como monitores o mala interpretación de instrucciones), y el impacto de los diferentes estilos de gestión y culturas organizacionales.

Todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) son partícipes del error. La inconciencia de la importancia de sus labores hace que muchas veces no se realicen las actividades referentes a la atención de salud de forma efectiva y segura.

Dimensión 3 Comunicación

Grado de apertura de la comunicación

La comunicación óptima da facilidad a los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos, además de iniciar la responsabilidad compartida en la asistencia al paciente. La colaboración que se obtiene mediante la cooperación y comunicación se traduce en resultados positivos para el paciente. "Las instituciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza". La confianza está ligada a las relaciones sinérgicas que se dan de las interacciones respetuosas entre personas que mantienen canales de comunicación abiertos. El buen clima organizacional hará mucho para que el trabajador se comunique adecuadamente con el resto de trabajadores, además le dará la confianza para poder comunicarse abiertamente y de poder notificar o en su defecto comunicar algún evento adverso, y esto será positivo para la institución.

Comunicación de los eventos adversos por el personal de salud.

En cuanto a la comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad, tener un área de seguridad designada en todas las unidades del departamento y la atención al paciente demuestra el compromiso de la organización con la seguridad y puede hacer que otros miembros del personal se sientan más cómodos compartan información y realicen preguntas.

Dimensión 4 Gestión /Dirección

Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.

Es un proceso dinámico de creación de conocimiento que se genera en el seno de la organización a través de los individuos que la integran y los grupos que ellos conforman, dirigido a la generación y desarrollo de competencias que permitan a la organización mejorar su actuación y resultados.

La seguridad es el resultado final de un proceso de aprendizaje organizativo en el que están inmersos y participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva en la búsqueda de alcanzar un mismo objetivo de seguridad.

Por tanto, una organización de aprendizaje es aquella que tiene la capacidad de crear, adquirir y transmitir conocimientos, y para modificar sus comportamientos de modo que primen y se reflejen los nuevos conocimientos e ideas. Las instituciones que tienen más capacidad son las que mantienen una mentalidad abierta para aprender y un sentido de investigador, y sabe que siempre hay cosas que aprender debido a las incertidumbres, complejidades e inseguridades que caracterizan sus entornos de trabajo.

Las instituciones tienen siempre como objetivo que sus trabajadores se mantengan actualizados en sus conocimientos en asistencia sanitaria con el compromiso de mejorar el equilibrio entre conocimiento científico y práctica clínica. Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.

Referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

La cantidad de personal en una institución de salud debe estar acorde con la cantidad de pacientes que albergan los servicios, para ello existen ciertos instrumentos de medición y escalas que ayudan a determinar cuánto personal corresponde para cada área favoreciendo siempre a la atención de calidad y con seguridad para el paciente.

El análisis de la dotación de personal de un establecimiento de salud es muy complejo, sea que se trate de una institución aislada o de un sistema mayor. No obstante, los gestores de salud, cualquiera que sea su nivel de responsabilidad (nacional, de redes locales o de establecimientos o servicios clínicos o administrativos), a la hora de adoptar decisiones deben considerar los aspectos de obtener información que permita definir la previsión de personal requerido para alcanzar determinadas coberturas poblacionales y satisfacer en forma efectiva las necesidades de salud de la población definir estándares o criterios de referencia para valorar la disponibilidad actual.

De gestión, se relaciona con la labor concreta que desarrolla el personal de determinado establecimiento. Se trata de establecer si, para realizar la misma

cantidad de actividades que lleva a cabo hoy la institución, el tiempo de personal disponible resulta suficiente, insuficiente o más que suficiente, luego de haber revisado y optimizado los principales procesos que requieren esas actividades.

Estas tres perspectivas: de necesidades de la población, de estándares nacionales y de requerimientos de personal con arreglo a los procesos de trabajo, son complementarias.

Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.

Nuestro objetivo primordial siempre debe ser la atención de salud con plena seguridad, y esta empieza en la cabeza de la institución en la parte gerencial empezando por la alta dirección de las instituciones. Estas acciones desarrolladas por las direcciones de las instituciones generaran que el trabajador también se involucre y desarrolle las actividades con responsabilidad y por ende propiciara un ambiente seguro en la atención del paciente. El compromiso de los trabajadores y los aspectos económicos adecuados en un esfuerzo positivo por la seguridad. Los comportamientos deseados se suelen adquirir a través de la emulación de los comportamientos se regirán a partir de información que de la institución con el fin de ordenar o conducir el comportamiento de los trabajadores en una sola dirección, los cuales se regularan de acuerdo a las normativas y políticas institucionales. De modo que, el compromiso de trabajo, las acciones de los dirigentes, el entorno de trabajo, la mentalidad abierta y receptiva a la seguridad se podrá aplicar a las prácticas de trabajo más seguras para la atención del paciente.

Dimensión 5 Supervisión

Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.

Prima mucho el miedo, la vergüenza y la escasa confianza del trabajador, el hacer público los errores, para no notificar un evento adverso y esto no permite que se genere medidas de mejora continua de la calidad, y por tanto las no amonestaciones. La importancia para la sociedad de que estos eventos adversos no queden impunes hacen que se busque a los culpables o responsables de estas acciones inseguras; a pesar de que las instituciones ya lograron asimilar que deben dar una orientación no punitiva dentro de sus sistemas. Los primeros pasos que deben de tomar las instituciones es que deben de mejorar el comportamiento de

los trabajadores en relación a la seguridad del paciente y que deben de factibilizar la notificación de estos eventos adversos.

Berwick. 2006. Sugiere que las organizaciones empiecen desplazando su foco de atención desde el error a la prevención de daños, que señale al paciente como la meta de estos esfuerzos y deje de lado la búsqueda del culpable.

En relación a lo que dice en el párrafo que antecede, es cierto que las instituciones deben enfocar sus estrategias y acciones a la prevención de los errores, eventos adversos, las acciones deben de ir en función de anticipación a que se pueda evitar estos eventos adversos.

La vergüenza de admitir los errores frente a todo el grupo de trabajadores con quienes se comparten funciones, es un sentimiento que genera negatividad en el trabajador a informar los eventos adversos y por tanto llevan a tener que omitir la información de este. Otra de las explicaciones a que lleva al trabajador a omitir dar informe de los errores es que será objeto de comentarios negativos y el aislamiento dentro de su grupo de trabajo. en la institución debe de haber una transparencia en reconocer que los errores se pueden presentar en cualquier momento. Los directivos tienen la responsabilidad de generar políticas institucionales dirigidas a una cultura de seguridad del paciente.

Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.

Situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos de investigación. La identificación de estas situaciones de alto riesgo y llevarlos a la atención de todos los miembros del personal al comienzo de cada turno disminuye la probabilidad de errores y eventos adversos. Algunas pautas a tener en cuenta incluyen:

Hacer que la persona a cargo de la unidad o área sea responsable de recoger y transmitir la información de cada turno de trabajo.

Compartir información de seguridad con el personal de otros departamentos que trabajan con pacientes en la unidad (por ejemplo, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc).

Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.

Para llegar a la excelencia en seguridad del paciente se debe de crear buenas relaciones. La confianza y la credibilidad entre los miembros de la institución son la base de la cultura de seguridad del paciente, los que son elementos que favorecen el compromiso con la visión de la misma. La credibilidad y la confianza que refleje la institución ante la sociedad están basada en el compromiso de sus jefes y cada miembro de la institución del que se hacen merecedores.

Por lo tanto, deben:

Disponer de información: los jefes deben de ser conocedores de sus problemas institucionales.

Definir una dirección: los directivos deben de realizar un plan estratégico en el que dentro de sus objetivos estén inmerso la seguridad, y todos los miembros se sientan identificados.

Generar interés: los directivos deben de llevar sus energías a crear una cultura de seguridad, siendo los líderes los que “prediquen el ejemplo” y enseñen de que la seguridad es una prioridad corporativa.

Desarrollar capacidades: los directivos de la institución deben de crear un recurso de competencias donde se capaciten y desarrollen habilidades para la formación de equipos sobre seguridad.

Crear sentido de la responsabilidad: la responsabilidad de los líderes será el reflejo para los demás trabajadores. Para ello se realizarán planes de acción para toda la institución y en este plan deberán estar inmersos los cabezas, ósea los jefes y directivos haciendo ellos un seguimiento rutinario de las acciones que se llevan a cabo.

Enfermería en Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico

La enfermería es una profesión de las ciencias humanísticas encargada de brindar cuidados a los seres humanos quienes colocan toda su confianza a esta. Principalmente a quienes experimentan un proceso de enfermedad biológico, físico, mental y espiritual. Muchos la catalogan como el arte de cuidar y mejorar la salud de las personas. Estas actividades que realiza el enfermero está basada en sustentos científicos que ha ido evolucionando con el pasar del tiempo y los avances científico tecnológicos. Esta actividad humanística se acoge a garantizar la calidad del servicio dentro de un sistema de salud determinado y según las

necesidades de la sociedad. Así, la enfermería se ha convertido en el elemento primordial para la calidad en los servicios de la salud.

La enfermera de cirugía cardiovascular.

Después de saber que es la enfermería, podemos definir a la enfermera de cirugía cardiovascular al profesional que se encarga del cuidado de los pacientes o personas que tienen afecciones a nivel del sistema cardiaco y vascular y que son cuidados tanto en el pre operatorio como en el post operatorio. Esta actividad se lleva a cabo teniendo en cuenta no solo los conocimientos para el cuidado en esta área de la salud sino también según el plan estratégico institucional, haciendo uso de las normativas, guías, protocolos e instrumentos que ayudan a brindar una atención de calidad y primordialmente seguras.

La enfermera de centro quirúrgico.

Esta área de la enfermería se define como el profesional que está encargado de dar cuidado al paciente o persona que necesita de ser intervenido en un quirófano, el cual será atendido por un grupo de profesionales multidisciplinario. La enfermera se encarga del cuidado del individuo durante el proceso operatorio, pero para ese cuidado deberá tener conocimiento de lo que antecede con ese paciente es decir deberá conocer su historial. Además, deberá solicitar todos los exámenes, interconsultas, evaluaciones y consentimientos debidamente firmados por el paciente o tutor y del médico que realizará la cirugía y el consentimiento de la administración de anestesia por el anesthesiólogo y paciente.

Hacia una Cultura de Seguridad del Paciente

Dentro del sistema de salud que tenemos en nuestro país debería de encontrarse instrumentos que nos ayuden a tener menos errores o eventos en la atención de los pacientes; para tener una cultura de seguridad se necesita de personal capacitado, competente y con compromiso de brindar una atención segura, la formación de líderes, las evaluaciones constructivas, la desaparición de las barreras punitivas y la inclusión de todo el personal harán que se alcance la cultura de seguridad en la atención de los servicios de la salud.

Las instituciones con cultura son consideradas inteligentes ya que dentro de su plan estratégico identifican bien sus problemas y debilidades los que hacen que prevengan mejor los errores, haciendo que sus personales adquieran prácticas y habilidades que tengan que ver con la prevención de estos. Esto se traduce en que en una institución las habilidades y prácticas adecuadas y con una constante evaluación y supervisión alcancen a lograr una cultura de seguridad. Para que la institución logre una cultura de seguridad para el paciente debe mejorar en las siguientes actividades: sistemas de registro e información, análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso.

La implementación de políticas de seguridad del paciente, reforma la calidad de atención logrando superioridad se busca la reforma de la atención para lograr calidad superior y eliminación o corrección de prácticas inseguras y poco económicas dentro de la organización.

1.4. Formulación del problema

1.4.1. Problema general:

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del paciente, entre enfermeras del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD Lima 2017?

1.4.2. Problemas específicos:

Problema Específico 1:

¿Cuál es la diferencia de los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD Lima 2017?

Problema específico 2:

¿Cuál es la diferencia del trabajo en equipo en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD Lima 2017?

Problema Especifico 3:

¿Cuál es la diferencia de la comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD Lima 2017?

Problema Especifico 4:

¿Cuál es la diferencia de la dirección/gestión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD? ¿Lima 2017?

Problema Especifico 5:

¿Cuál es la diferencia de la supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD? ¿Lima 2017?

1.5 Justificación del estudio

Conveniencia: Al conocer la cultura de seguridad que se tiene se podrán tomar ciertas decisiones y estrategias para lograr una cultura de seguridad fuerte en estos servicios donde las acciones de enfermería podrían prevenir ciertos incidentes y eventos adversos.

Relevancia social: Esta investigación permitirá contar con información actualizada sobre Cultura de Seguridad del paciente, punto importante dentro de los estándares de calidad de atención en los servicios de salud. En este contexto, el profesional de enfermería debe velar por la seguridad del paciente, previniendo incidentes y eventos adversos en el cuidado que brinda a todos los pacientes asegurados en EsSALUD. Los beneficiarios de esta investigación serán los pacientes que reciban atención.

Implicancias prácticas: Este estudio, ayudará a conocer la cultura de seguridad de la enfermera del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico, y permitirá

tomar las decisiones y estrategias que busquen propiciar una cultura con sus correspondientes principios, que incluya la participación de los trabajadores.

Valor teórico: Se podrá conocer con mayor exactitud este tema, importante para todos los profesionales de la salud ya que no se cuenta con un estudio en esta institución sobre seguridad del paciente desde el punto de vista de enfermería.

Utilidad metodológica: De esta investigación se podrá tener como referencia, para la realización de otros trabajos de investigación, y tomar como ejemplo para determinar la cultura de seguridad de pacientes en diferentes áreas de trabajo de diferente grupo de profesionales.

1.6 Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General

Existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular En Es SALUD. Lima 2017

1.6.2. Hipótesis Específicas:

Hipótesis Específica 1.

Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Hipótesis Específica 2.

Existe diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Hipótesis específica 3,

Existe diferencia en la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD. Lima 2017.

Hipótesis Específica 4:

Existe diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD. Lima 2017.

Hipótesis Específica 5:

Existe diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD. Lima 2017.

1.7 Objetivos**1.7.1. Objetivos General**

Comparar la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUD. Lima 2017.

1.7.2. Objetivo Específicos:**Objetivo Específico 1.**

Comparar los resultados de la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUD, Lima. 2017.

Objetivo Específico 2.

Comparar el trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUD, Lima. 2017.

Objetivo Específico 3.

Comparar la comunicación en equipo de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular EsSALUD, Perú. Lima. 2017.

Objetivo Específico 4.

Comparar la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular EsSALUD, Perú. Lima. 2017.

Objetivo Específico 5.

Comparar la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular EsSALUD, Perú. Lima. 2017.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, se usó la técnica de recolección de datos para probar las hipótesis planteadas, con base en la mención numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Kerlinger 2002, p. 83)

El siguiente estudio fue nivel descriptivo y comparativo; el nivel descriptivo, el que investiga solo mide el presente, sus características o distribución de un fenómeno en una población determinada en un mismo corte de tiempo. (Argimon., 2004, p. 62).

El estudio comparativo, se cómo que el investigador observa dos o más casos, especímenes o acontecimientos. Se tiene que optar por las características o atributos que usted desea observa o registrar. (Penti, 2007, p.12)

Según la finalidad fue una investigación básica porque, ayudará a aumentar nuestros conocimientos sobre seguridad del paciente. (Cook T.D & Retechardt, 2004, p. 45).

Según finalidad fue una investigación básica, como lo expresaron Sánchez y Reyes (2015) este tipo de estudio responde “a los problemas fundamentales, describiendo, explicando y prediciendo o retro decir la realidad orientada a la búsqueda de principios o leyes generales; afirmando que la investigación sustancial persigue la verdad encaminando hacia la investigación básica o pura” (p. 45).

Según la secuencia de las observaciones fue de corte transversal o transaccional, según Sánchez y Reyes (2014) que refieren que “consiste en estudiar a los sujetos en un momento dado o tiempo único” (p. 155)

Según la secuencia de las observaciones fue transversal porque, las recolecciones de los datos se realizaron en un mismo tiempo (Hernández y otros (2003, p. 16)

Según el tiempo de ocurrencia fue prospectivo, porque se realizará en tiempo futuro o de aquí en adelante. (Carrasco, 2009, p. 229)

Según el análisis al no existir manipulación de las variables parte del investigador es observacional. (Hernández, Fernández y Baptista. 2003

El presente estudio es de diseño no experimental, es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, la investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que se hace en

la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1979, p. 116)

2.2 Variables, operacionalización

2.2.1 Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Definición conceptual

La cultura de la seguridad de una organización es la multiplicación de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.

Definición operacional

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.

Conjunto de valores, actitudes, y normas que influyen en la forma de actuar de las personas y del grupo para disminuir los riesgos y daños al paciente. En relación a sus componentes tenemos: las percepciones de seguridad, la frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente. (Hernández, 2008, p. 23).

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles y rangos
-Resultados de la cultura de seguridad del paciente.	. Percepción sobre la seguridad del paciente. -Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad en el paciente.	10,15,17, 18 : 40, 41, 42	-Muy En Desacuerdo (1) -Desacuerdo (2) -Ni De Acuerdo, Ni en Desacuerdo (3) -De Acuerdo (4) -Muy de Acuerdo (5)	Cultura fuerte (≥ 24) Cultura débil (< 24)
-Trabajo en Equipo en la cultura de seguridad del paciente	. Trabajo en Equipo dentro del área o servicio. -Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	1, 3, 4, 11 24, 26, 28, 32	-Muy en desacuerdo (1) - desacuerdo (2) - Ni de acuerdo, Ni En desacuerdo (3) -De acuerdo (4) -Muy de Acuerdo (5)	Cultura fuerte (≥ 24.5) Cultura débil (< 24.5)
Comunicación en Equipo en la cultura de seguridad del paciente	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad. Grado de apertura de la comunicación.	34, 36, 38 35, 37, 39	Nunca (1) Casi Nunca (2) A Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)	Cultura fuerte (≥ 19) Cultura débil (< 19)
Dirección /Gestión en la cultura de seguridad del paciente	Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad. . Personal: suficiencia disponibilidad y gestión. . Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	6, 9, 13 2,5, 7, 14 23, 30, 31	-Muy en desacuerdo (1) -Desacuerdo (2) -Ni de Acuerdo, Ni en desacuerdo (3) -De acuerdo (4) -Muy de acuerdo (5)	Cultura fuerte (≥ 32) Cultura débil (< 32)
Supervisión en la cultura de seguridad del paciente	. Respuesta no punitiva a los errores, recepción del personal. . Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno. . Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	8, 12, 16 25, 27, 29, 33 19, 20, 21, 22	-Muy en desacuerdo (1) -Desacuerdo (2) -Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) -De acuerdo (4) -Muy de acuerdo (5)	Cultura fuerte (≥ 28) Cultura débil (< 28)

2.3 Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por 30 enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y 30 enfermeras de centro quirúrgico.

Muestra

Para el servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico se tomaron la totalidad de la población para ambos servicios, seleccionadas de manera no probabilística y por conveniencia.

Tabla 2.

Distribución de la muestra

Servicio	Nº de personal de enfermería
Cirugía cardiovascular adulto	30
Centro quirúrgico	30
Total	60

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Enfermeras que laboren más de 1 año en el servicio de cirugía cardiovascular.

Enfermeras que laboran más de 1 año en el servicio centro quirúrgico.

Criterios de exclusión:

Enfermeras que no deseen participar en el estudio.

Enfermeras que se encuentren con licencia, vacaciones o descanso médico.

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

Técnica

“La técnica de recolección de datos será la encuesta, que es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población”, con el fin de conocer la seguridad del paciente en dos grupos de trabajo del área

de enfermería en el Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUD. (FH Canales eat. 1994, p129)

Instrumento

El cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Aunque a menudo están diseñados para poder realizar un análisis estadístico de las respuestas, no es siempre así. (Arias, 2012).

Validación y confiabilidad del instrumento

Para la validez del instrumento se utilizó la validación por juicio de expertos.

Tabla 3.

Validez de contenido del instrumento de cultura de seguridad del paciente

Experto	Nombre y Apellidos	Aplicable
1	Mg. Daniel Ángel Córdova Sotomayor	Aplicable
2	Mg. Deisy Solano Chuquin	Aplicable
3	Mg. Yulma Donaire Moquillaza	Aplicable

El instrumento de medición para la seguridad del paciente, el Ministerio de Salud, y el USAID (Agencia norteamericana de cooperación internacional) a través de la ejecución del proyecto “Infecciones Zero” 2010-2012 aplicaron el cuestionario de cultura de seguridad en hospitales nacionales como el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Salud del Niño; hospitales de ESSALUD, FAP, y en el sector privado, como parte del plan de seguridad integral; el cual fue adaptado a los servicios y/o unidades de cuidados intensivos y correspondientemente validado para su aplicación en el Perú.

Para la validez del instrumento se realizó el juicio de expertos contándose con 3 especialistas en el área de enfermería para su aprobación.

La confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto por 20 trabajadores de cada servicio en estudio.

“El valor de alfa de Crombach para el instrumento de medición de la cultura de seguridad del paciente fue de 0.812, lo cual indica que el instrumento es confiable (Ramos, 2010, p.6). “

El valor de Alfa de Combrach; evaluando la fiabilidad de cada una de sus dimensiones con valores para la dimensión 1, ≥ 24 fuerte y <24 débil; dimensión 2, ≥ 24.5 fuerte y < 24.5 débil; dimensión 3, ≥ 19 fuerte y <19 débil; dimensión 4, ≥ 32 fuerte y < 32 débil y la dimensión 5, ≥ 28 fuerte y < 28 débil. (Coefficient alpha and the internal structure of tests». Psychometrika (en inglés) 16 (3): 297-334)

2.5 Métodos de análisis de datos

El método utilizado en la presente investigación fue el método hipotético deductivo, al respecto Bernal (2006), afirma que “este método consiste en un procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos” (p.56).

La contrastación de las hipótesis se debe realizar teniendo en cuenta los siguientes criterios: (a) Formulación de las hipótesis nula o de trabajo y las hipótesis alternas o de investigación, (b) Determinación del nivel de significancia, o error que el investigador está dispuesto a asumir, (c) Selección del estadístico de prueba, (d) Estimación del p-valor y (e) Toma de decisión, en función del resultado obtenido, para ver si rechaza la hipótesis nula. Para elegir la estadística de prueba se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: (a) Objetivo de la investigación, (b) Diseño de la investigación, (c) Variable de la investigación y (d) Escala de medición.

2.6 Aspectos éticos

Las consideraciones éticas se basan en el respeto del anonimato de los participantes de la investigación, es decir las encuestas son anónimas, y con consentimiento previo del encuestado.

III. Resultados

3.1. Resultados Descriptivos

Tabla 4.

Niveles de seguridad del paciente según el personal de enfermería de los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico EsSALUD, INCOR, lima 2017.

		CENTRO		
			CARDIOVASCULAR	QUIRURGICO
NIVELESVAR	DEBIL	% del total	43,4%	60,0%
	FUERTE	% del total	56,6%	40,0%
Total		% del total	100,0%	100,0%

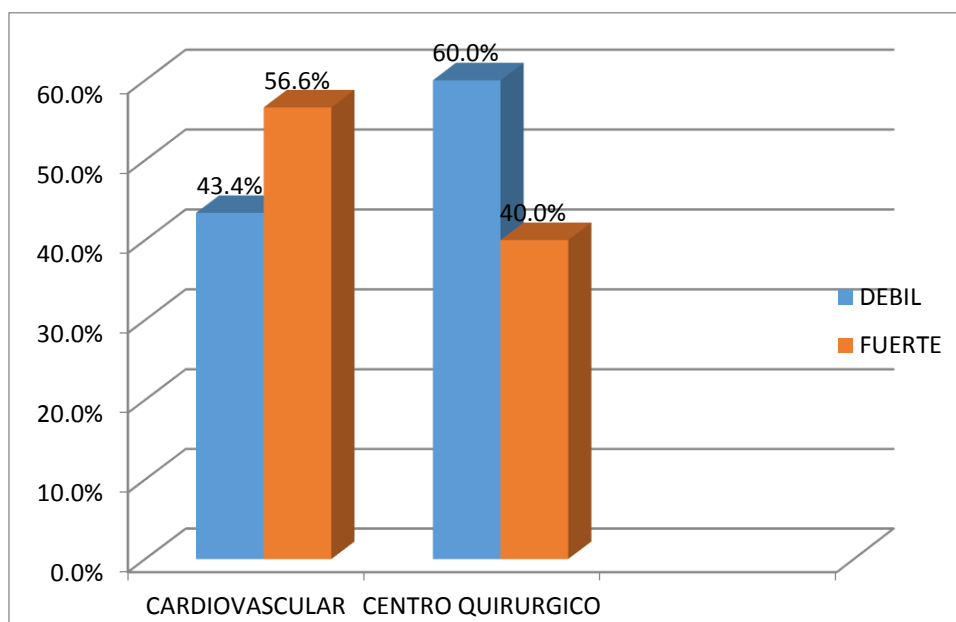


Figura 1. Niveles de seguridad del paciente según el personal de enfermería de los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico EsSALUD, INCOR, lima 2017.

En la tabla 4 y la figura 1 se presentan los niveles de seguridad del paciente según el personal de enfermería en los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico; donde el servicio de Cirugía cardiovascular con el 60% muestran una cultura de seguridad del paciente débil, con el 40 % muestran una cultura de seguridad del paciente fuerte y el servicio de centro quirúrgico con el 56.6% muestran una cultura de seguridad del paciente fuerte y el 43.4% representa cultura organizacional débil en el servicio de centro quirúrgico.

Tabla 5.

Nivel de resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

			CARDIOVASCULAR	CENTRO QUIRURGICO
NIVELESVAR	DEBIL	% del total	80,0%	60,0%
	FUERTE	% del total	20,0%	40,0%
Total		% del total	100,0%	100,0%

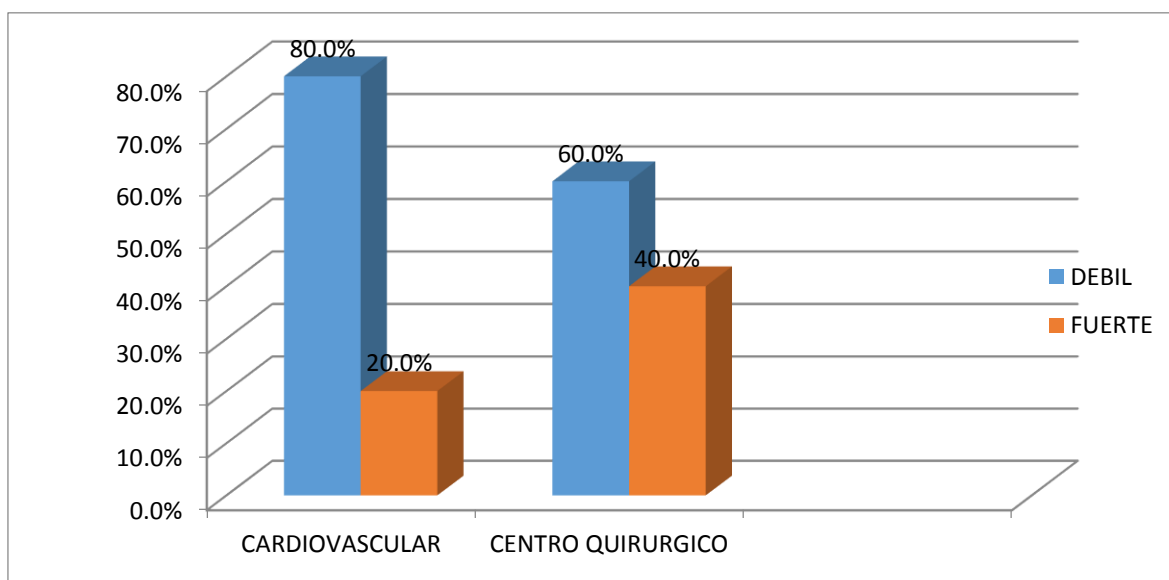


Figura 2. Nivel de resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

En la tabla 5y la figura 2 se presenta los niveles de los resultados de seguridad del paciente donde se percibe que en el servicio de cirugía cardiovascular están en un nivel débil con el 80%, y solo el 20% un nivel fuerte, así mismo el servicio de centro quirúrgico el 60% muestra un nivel de resultado de cultura de seguridad del paciente débil y el 40% resultado de una cultura de seguridad del paciente fuerte.

Tabla 6.

Niveles de trabajo en equipo en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

			CARDIOVASCULAR	CENTRO QUIRURGICO
NIVELESVAR	DEBIL	% del total	56,6%	56,6%
	FUERTE	% del total	43,4%	43,4%
Total		% del total	100,0%	100,0%

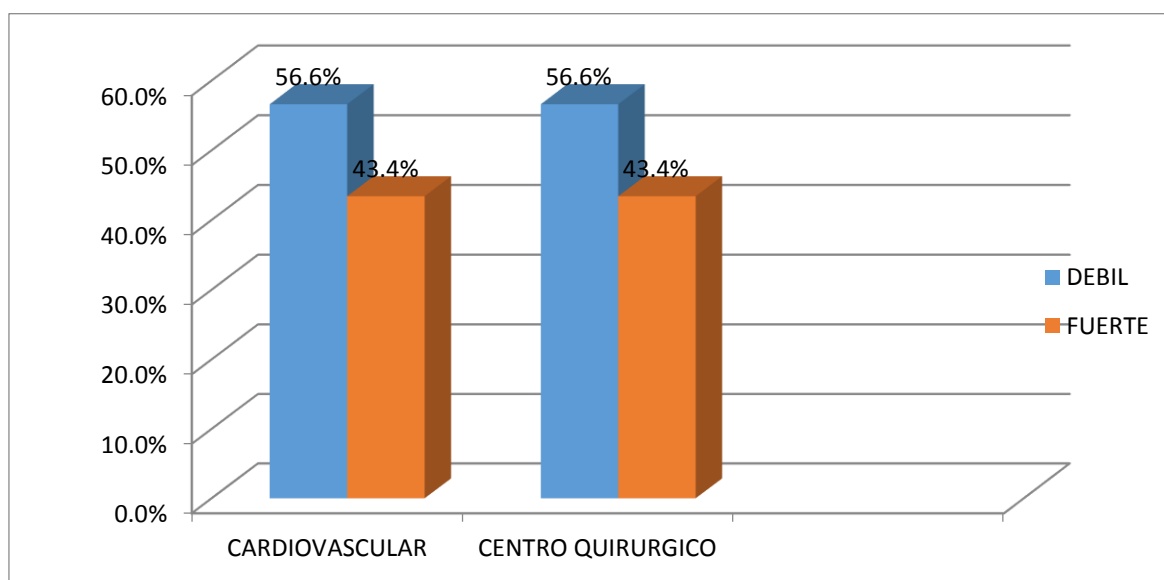


Figura 3. Niveles de trabajo en equipo en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

En la tabla 6 y el gráfico 3 se presentan los niveles de trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, en el servicio de cirugía cardiovascular y el servicio de centro quirúrgico muestran una cultura de seguridad del paciente débil con un 56.6% y niveles de trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente fuerte con un 43.4%.

Tabla 7.

Niveles de la comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017

			CARDIOVASCULAR	CENTRO QUIRURGICO
NIVELESVAR	DEBIL	% del total	70,0%	30,0%
	FUERTE	% del total	30,0%	70,0%
Total		% del total	100,0%	100,0%

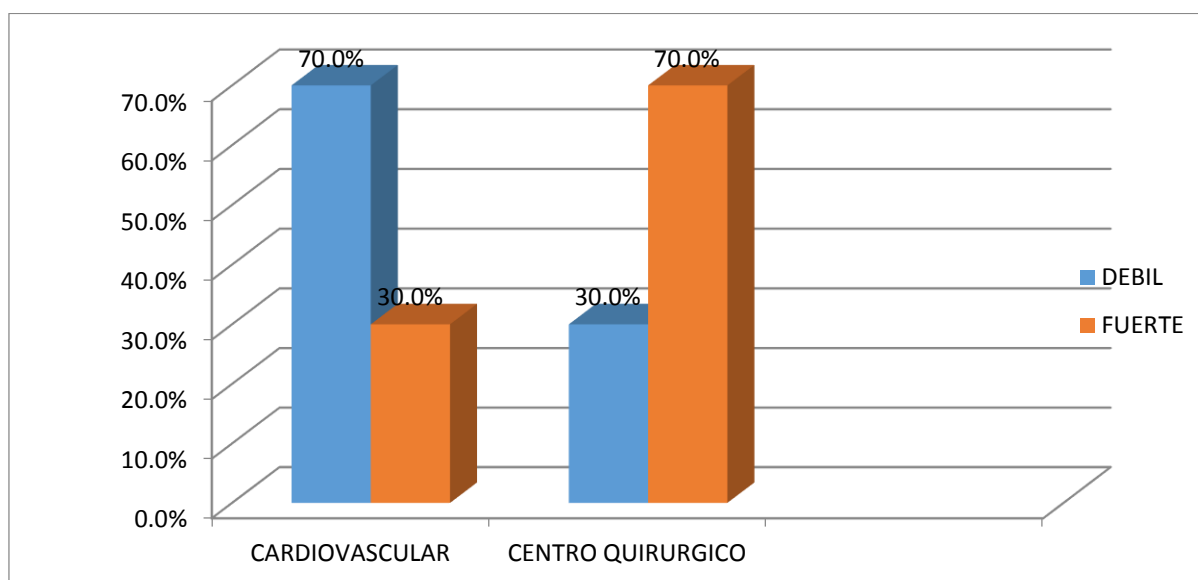


Figura 4. Niveles de la comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

En la tabla 7 y gráfico 4 se presentan niveles de comunicación en la seguridad del paciente del paciente en el servicio de cirugía cardiovascular el 70% perciben nivel de comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente débil y el 30% perciben nivel de comunicación en equipo fuerte, mientras que el servicio de centro quirúrgico se percibe que el 70% tienen un nivel de comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente fuerte y el 30% muestra un nivel bajo de comunicación en el trabajo en la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 8.

Nivel de dirección/gestión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

			CARDIOVASCULAR	CENTRO QUIRURGICO
NIVELESVAR	DEBIL	% del total	80,0%	50,0%
	FUERTE	% del total	20,0%	50,0%
Total		% del total	100,0%	100,0%

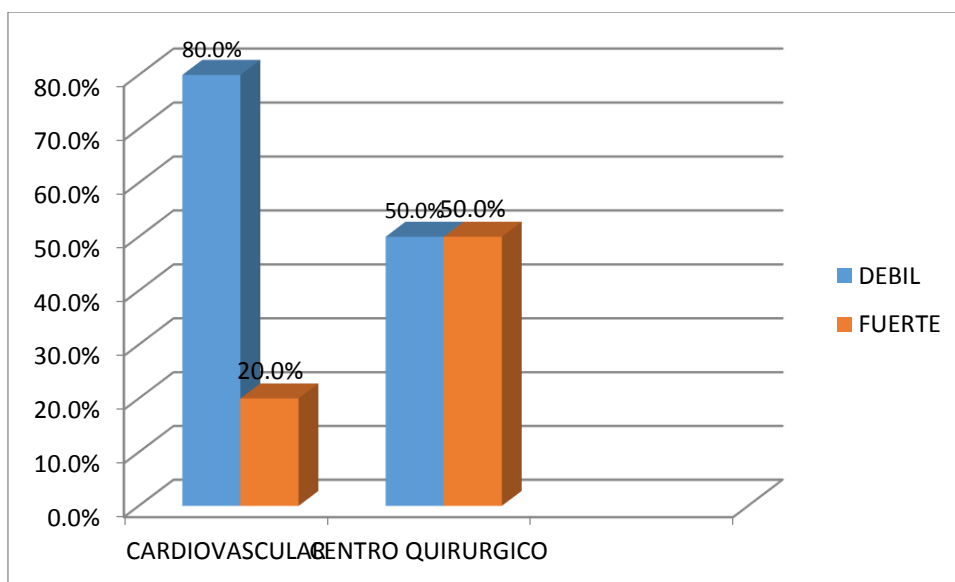


Figura 5. Nivel de dirección/gestión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

En la tabla 8 y gráfico 5 se presentan el nivel dirección / gestión en la cultura de seguridad del paciente que el servicio de cirugía cardiovascular muestra que el 80% tienen un nivel débil y el 20% representa un nivel fuerte en la dirección/gestión de la cultura de seguridad del paciente, mientras el servicio de centro quirúrgico muestra 50% de nivel fuerte y débil en relación a dirección/ gestión en la cultura de seguridad del paciente tanto fuerte como débil.

Tabla 9.

Nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

NIVELESVAR	DEBIL	% del total	CENTRO	
			CARDIOVASCULAR	QUIRURGICO
			80,0%	50,0%
	FUERTE	% del total	20,0%	50,0%
Total		% del total	100,0%	100,0%

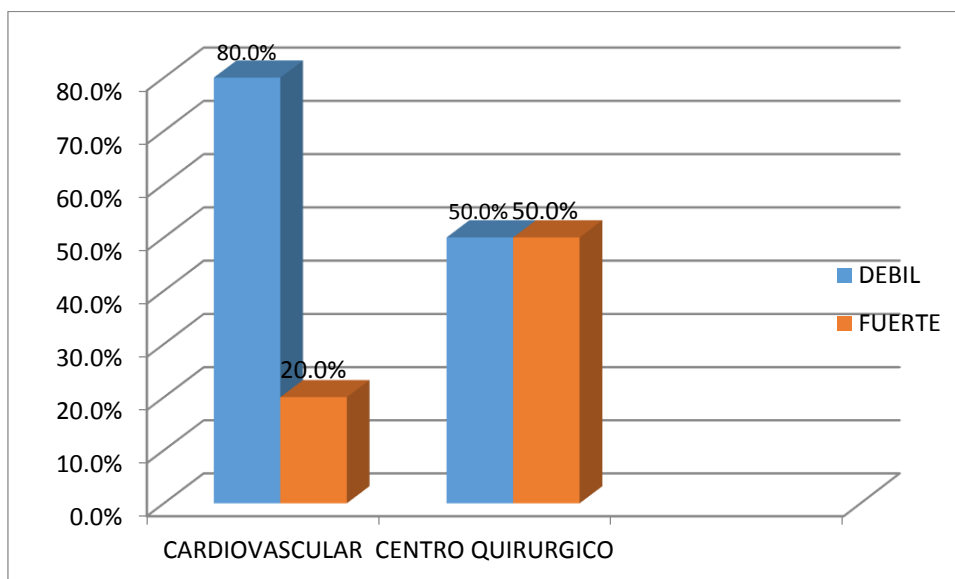


Figura 6. Nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

En la tabla 9 y el gráfico 6 se presenta al nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico, donde; el 28% representa nivel débil en la supervisión de la cultura de seguridad del paciente, mientras que el servicio de cirugía cardiovascular muestra 25% de nivel fuerte en ña supervisión de la cultura de la seguridad del paciente.

3.2. Contrastación de hipótesis

Hipótesis General

H0: No existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular en Es SALUD. Lima 2017

H1: Existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular en Es SALUD. Lima 2017

Tabla 10.

Grado de diferencia entre la cultura de seguridad del paciente entre enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de EsSALUD, lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,669 ^a	1	,196		
Corrección de continuidad ^b	1,068	1	,301		
Razón de verosimilitud	1,676	1	,195		
Prueba exacta de Fisher				,301	,151
Asociación lineal por lineal	1,641	1	,200		
N de casos válidos	60				

En la tabla 10 se presenta los resultados prueba estadística de chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.196) se puede observar que exista una diferencia con una significancia $p < 0.05$, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico.

Hipótesis Específica 1

H0: No existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

H1: Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Tabla 11

Grado de diferencia entre en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,857 ^a	1	,091		
Corrección de continuidad ^b	1,984	1	,159		
Razón de verosimilitud	2,899	1	,089		
Prueba exacta de Fisher				,158	,079
Asociación lineal por lineal	2,810	1	,094		
N de casos válidos	60				

En la tabla 11 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.091) se puede observar que exista una diferencia con una significancia $p < 0.05$, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una diferencia significativa en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Hipótesis Especifica 2

H0: No existe diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

H1: Existe diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 12

Grado de diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	1,000		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	1,000		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,603
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000		
N de casos válidos	60				

En la tabla12 se presenta los resultados prueba chi cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (1.000) se puede observar que exista una diferencia con una significancia p 0.05, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico

Hipótesis específica 3

H0: No existe diferencia en la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

H1: Existe diferencia en la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 13

Grado de diferencia la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,600 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	8,067	1	,005		
Razón de verosimilitud	9,874	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,004	,002
Asociación lineal por lineal	9,440	1	,002		
N de casos válidos	60				

En la tabla13 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.002) se puede observar que no exista una diferencia con una significancia p 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico.

Hipótesis Especifica 4

H0: No existe diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

H1: Existe diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 14

Grado de diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,934 ^a	1	,015		
Corrección de continuidad ^b	4,689	1	,030		
Razón de verosimilitud	6,081	1	,014		
Prueba exacta de Fisher				,029	,015
Asociación lineal por lineal	5,835	1	,016		
N de casos válidos	60				

En la tabla14 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.015) se puede observar que no exista una diferencia con una significancia p 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico

Hipótesis Especifica 5

H0: No existe diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

H1: Existe diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 15

Grado de diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
	Valor	Gl			
Chi-cuadrado de Pearson	,268 ^a	1	,605		
Corrección de continuidad ^b	,067	1	,796		
Razón de verosimilitud	,268	1	,605		
Prueba exacta de Fisher				,796	,398
Asociación lineal por lineal	,263	1	,608		
N de casos válidos	60				

En la tabla15 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.605) se puede observar que exista una diferencia con una significancia p 0.05, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico.

IV. Discusión

La cultura de seguridad del pacientes se define como el conjunto normas, protocolos, guías, y conocimientos que comparten un conjunto de trabajadores y que además nos dan la seguridad con respecto a los cuidados que debemos tener con cada uno de los procedimientos, cuidados, acciones frente a la atención de un determinado grupo de personas con dolencias y/o proceso de enfermedad disminuyendo los errores, eventos y complicaciones logrando reestablecer sus funciones y poder incorporarse nuevamente a su hogar y la sociedad. La cultura de seguridad para el paciente en una institución prestadora de servicios de la salud se logrará cuando los errores, eventos y complicaciones por el accionar del personal sea en un mínimo o cero y además la sociedad la reconozca como una entidad segura.

En cuanto a la hipótesis general, no existe diferencia entre la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR. Con respecto a los niveles de cultura de seguridad, se observa que el mayor porcentaje se da en el nivel bajo 60%, sin embargo, el nivel alto se obtuvo en un 40% el que le da la fortaleza del trabajo a este grupo humano. El conocimiento de este nivel débil en la cultura de las enfermeras del INCOR, se puede estar dando por los cambios que están sucediendo al respecto de este tema, lo que dará lugar a que se tenga este punto de la seguridad como lo más importante de la institución.

Frente a tantos cambios en tan poco tiempo los sistemas de la salud han fallado en traducir los conocimientos en prácticas utilizando de forma adecuada y segura la nueva tecnología, la causa más común de estos errores no está en los individuos particularmente, sino más bien en la falla de los sistemas.

Martínez (2015, p.67) Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, en relación a la Cultura de seguridad del paciente, se puede apreciar que a pesar de que hay una cultura de seguridad fuerte con un 51.1%, existe un alto porcentaje 48.9%, que denota que existe una cultura de seguridad débil, situación que exige tanto al personal de salud como a la institución en general. Correlacionando este este trabajo de investigación con el de este investigador nos damos cuenta que no es muy diferente los resultados, coincidiendo que se deberían de tomar precauciones prontas al respecto para no tener un incremento en errores

y complicaciones con los pacientes por causa del accionar del profesional de la salud como en este caso las enfermeras.

En cuanto a la hipótesis específica 1, no existe una relación entre los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR, se presentan los niveles relación a los resultados de seguridad del paciente según el personal de enfermería en los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico; donde el servicio de Cirugía cardiovascular con el 80% muestran una cultura de seguridad del paciente débil, con el 20 % muestran una cultura de seguridad del paciente fuerte y el servicio de centro quirúrgico con el 60.0% muestran una cultura de seguridad del paciente fuerte y el 40.0% representa cultura organizacional débil en el servicio de centro quirúrgico., se puede apreciar que a pesar de que hay una cultura de seguridad débil existe un porcentaje pequeño que denota que existe una cultura de seguridad fuerte, situación que exige tanto al personal de salud como a la institución en general, tomar en cuenta los diversos estándares institucionalizados por la OMS en el que se privilegia la importancia de valorar el grado general de seguridad en el paciente, considerando la “seguridad” como un principio fundamental de la atención al paciente y como un componente crítico de la gestión de la calidad. Al mismo tiempo que es un factor relevante para cualquier enfoque si se habla sobre la seguridad; conformado además por la conducta consiente que el personal tiene, los equipos de trabajo y toda la institución en general, acerca lograr sus verdaderos niveles de seguridad.

Esos niveles se pueden determinar mediante la supervisión y un proceso anual de evaluación de los eventos adversos y en función a las notificaciones que proporcionan los trabajadores, al llevar a cabo acciones para reducir los eventos adversos encontrados. Una cultura de seguridad del paciente inspira en el entorno de trabajo un ambiente donde se consideran y se reconocen los diversos factores que pueden atribuir un incidente o evento adverso, así como los sucesos que le preceden. Ante ello podemos decir que las enfermeras aun no valoran el grado de seguridad del paciente en su mayoría, como muy bueno y excelente. Por ello es necesario seguir implementando estrategias que den apertura a la mejora continua de la seguridad del paciente.

Fajardo, Rodríguez y Arboleya. (2010, p. 3), la importancia de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud, es clave para conocer el estado de madurez de una institución y/o organización, así como las acciones necesarias para evolucionar a estados más maduros. La identificación del nivel de la cultura de seguridad del paciente es esencial para mejorar la calidad de atención en salud.

En cuanto a la tercera hipótesis, se presentan los niveles en relación a trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente, en el servicio de cirugía cardiovascular y el servicio de centro quirúrgico muestran una cultura de seguridad del paciente débil con un 56.6% y niveles de trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente fuerte con un 43.4%. Respecto a la Percepción de la Seguridad en el Paciente, dimensión que tiene que ser valorada al encontrarse una cultura débil con más del 50%; convirtiéndose así en una oportunidad de mejora, reforzándola y/o aplicando estrategias, en la medida que ésta permite identificar si los procedimientos y sistemas integrados en el servicio son óptimos para prevenir errores que no repercutan en la seguridad del paciente. Así mismo, la institución de salud debe buscar estratégicamente mejoras continuas a nivel de notificación de errores, comunicación horizontal, y capacitación continua.

Respecto a las fortalezas y debilidades de los componentes de la Cultura de Seguridad del paciente; podemos notar que en cuanto a las dimensiones que tienen respuestas positivas mayoritariamente son “Respuesta no punitiva a los errores”, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua”, “Trabajo en equipo dentro del servicio” y “las acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes”; mientras que las dimensiones cuyas respuestas fueron negativas, se observa que el “Grado de apertura de la comunicación” obtuvo el mayor porcentaje, así mismo la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”

Dentro de esta situación, también es importante tener en cuenta el punto de vista de los pacientes. Hernández, concluye que al 71% de los pacientes “les preocupa mucho sufrir errores en la atención”, lo que se traduce en ciertos grados de inseguridad del paciente la ser atendido, situación por la cual, personal de salud

como enfermeras deberían considerar para tomar medidas que permitan mejorar la atención del paciente dentro de la óptica de Seguridad.

En cuanto a la cuarta hipótesis, se presentan niveles de comunicación en la seguridad del paciente del paciente en el servicio de cirugía cardiovascular el 70% perciben nivel de comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente débil y el 30% perciben nivel de comunicación en equipo fuerte, mientras que el servicio de centro quirúrgico se percibe que el 70% tienen un nivel de comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente fuerte y el 30% muestra un nivel bajo de comunicación en el trabajo en la cultura de seguridad del paciente.

Por otro lado, en relación a la comunicación de los eventos presentados se aprecia una cultura débil; situación muy preocupante no solo para el servicio sino para la institución en general, porque a medida que no se reporta, se tiene mayores probabilidades no identificar los errores pasados y los problemas causales conllevando a condiciones de repetir los mismos errores sin las medidas necesarias que corrijan y superen tales eventos.

Cabe indicar que se refiere además a que estos eventos notificados corresponden también a los errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, a los errores sin daño potencial para el paciente, así como los errores que pudieron pero no provocaron esos mismos daños al paciente; lo que nos refleja que la principal finalidad de mejorar la frecuencia de estos eventos notificados responden a un carácter preventivo de daños y/o perjuicios en la seguridad del paciente, que se intenta superar tras sus anotaciones, reportes y comunicados por parte del personal encargado.

Cabe resaltar la importancia de esta dimensión, además porque la noción de Seguridad se encuentra comprendida dentro del enfoque de Sistema, condición que no permite vincular, exclusiva e individualmente al personal de salud involucrado sino a todo el personal en general que participa en las acciones del servicio de salud en la institución.

Dra. Sonia B. Fernández Cantón (2016), en su trabajo un acercamiento a la calidad y la seguridad del paciente en los Servicios de Traumatología y Ortopedia: medición de los incidentes adversos. Donde muestra que, los incidentes adversos relacionados con la gestión, la comunicación, las infecciones nosocomiales y otras no incluidas en ninguna otra parte. En su conjunto, estas cuatro subcategorías

representan solo 16.6% del total de los casos, al agrupar 47 de los 283 incidentes adversos recabados de los expedientes de laudos que fueron revisados. El mayor número de incidentes se refieren a los problemas de comunicación particularmente entre el médico y el paciente. Le siguen en importancia aquellos otros problemas vinculados con la gestión de los servicios, y particularmente relacionados con la historia informatizada y los problemas de integridad y problemas de llenado del expediente clínico.

En cuanto a la hipótesis cinco se presentan el nivel dirección / gestión en la cultura de seguridad del paciente que el servicio de cirugía cardiovascular muestra que el 80% tienen un nivel débil y el 20% representa un nivel fuerte en la dirección/gestión de la cultura de seguridad del paciente, mientras el servicio de centro quirúrgico muestra 50% de nivel fuerte y débil en relaciona dirección/ gestión en la cultura de seguridad del paciente tanto fuerte como débil.

Se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto al “Aprendizaje

Organizacional para la mejora continua en la seguridad” se aprecia que existe una cultura fuerte mayoritariamente con el 55.6% (25). Mientras que respecto al “Personal: suficiencia, disponibilidad y acción” y al “Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente” se observa mayoritariamente que existe una cultura débil con el 57.8% (26) y el 62.2%(28).

En este sentido, las teorías de Reason -dentro de las explicaciones del porqué de los accidentes- nos llama a tomar interés sobre la existencia de factores latentes en las organizaciones, las mismas que al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes; situación que nos refiere como institución/sistema y nos compromete a todos como conjunto a tomar las medidas preventivas adecuadas para evitar los errores futuros que repercutan en accidentes. .

Respecto al Grado de apertura de la comunicación, los resultados muestran que hay una cultura débil, en la medida que no se respetan y permiten a las participaciones verbales de los profesionales, cuando observan dificultades y/o situaciones que afectan negativamente al paciente, comunicándolo a otros profesionales responsables de mayor autoridad. De lo que podemos decir que, aún existen grandes trabas para una comunicación más horizontal, asertiva, honesta y no punitiva, situación difícil que debe atender la dirección de la institución en

general, proponiendo medidas de comunicación interna más eficaces que repercutan en una mayor apertura de comunicación interpersonal y entre profesionales, que favorezca además consecuentemente a la seguridad del paciente y su servicio en general.

Respecto a la Comunicación e información al personal sobre los errores en el servicio, se puede sostener que la mayoría de enfermeras refieren que en su servicio la mayoría de los profesionales no son informados de los errores que ocurren, de los cambios implementados y las medidas para prevenir tales errores. Por tanto hacemos hincapié en la importancia de alcanzar un nivel de comunicación interdisciplinaria dentro del personal y la institución, buscando además las medidas más adecuadas y eficaces según el área y el servicio y que favorezcan solamente a la recuperación del paciente y su seguridad.

Y en la hipótesis seis, se presenta al nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico, donde; el 28% representa nivel débil en la supervisión de la cultura de seguridad del paciente, mientras que el servicio de cirugía cardiovascular muestra 25% de nivel fuerte en la supervisión de la cultura de la seguridad del paciente.

Martínez (2015, pg 64) Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto a las “Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes” y “Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal” se observa una cultura fuerte con el 51.1% (23) y el 68.9% (31); mientras que en cuanto a los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” se evidencia una cultura débil con el 57.8%(26).

Y en relación al “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”, son dos dimensiones en las que se debe incidir para su pronto manejo, ya que constituyen problemas cotidianos durante la atención del paciente, y que por lo tanto influyen en gran medida en la seguridad del paciente. Es así, que debe dotarse de personal profesional de enfermería para la atención directa del paciente en sala de operaciones (enfermera instrumentista y enfermera circulante), especialistas que

brinden cuidados con calidad a los pacientes. Y cumpliendo con las normativas vigentes que velan por la seguridad del paciente, como la “Lista de verificación de cirugía segura”, el que debe ejecutarse en los tiempos establecidos.

Además, se debe motivar al personal para que ellos sean partícipes de la mejora continua en la seguridad del paciente.

También es necesario difundir los protocolos de atención aprobados por la institución a todo el personal, y en los diferentes servicios; para que los cuidados de enfermería sean de forma continua. Así mismo la supervisión de enfermería, el análisis de las trabas en las transferencias de los pacientes, la mejora continua del reporte y las notas de enfermería, constituyen herramientas importantes durante la atención del paciente, que garantizan la seguridad del paciente.

En tanto, aquellas dimensiones que obtuvieron respuesta positiva mayoritariamente, son fortalezas de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería, las cuales deben ser reforzadas. En tanto aquellas dimensiones en que se obtuvieron respuestas negativas mayoritariamente deben ser temas atendidos por la institución internalizando las grandes repercusiones negativas que pueden generar en la seguridad del paciente; con la finalidad de lograr una toma de decisiones que mejoren las medidas y estrategias implementadas dentro del enfoque de mejora continua para la seguridad. Finalmente, cabe precisar que, en las dimensiones que evalúan la cultura de seguridad del paciente se obtuvieron respuestas positivas y negativas, que delimitaran si una cultura es débil o fuerte según los porcentajes obtenidos.

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. La importancia de cualquier enfoque sobre la seguridad, va relacionada a la conciencia que tenga el trabajador de salud, el grupo de trabajadores y toda la institución acerca de sus propios niveles de seguridad. Los que se pueden identificar mediante un proceso anual de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados.

Alejandro Donoso F.1, Iris Fuentes R.2, (2004), en su trabajo Eventos adversos en UCI En el análisis de la causa precipitante del EA estuvo directamente involucrado el estamento de enfermería en el 60% de ellos especialmente en las CVA y CDI (vías periféricas), el estamento de técnicos paramédicos estuvo en el

23%, específicamente en CF (preparación y administración), los médicos de la unidad estuvieron implicados en 10%, en CDI y CF (prescripción). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a un incidente, así como los sucesos que le preceden. Ante ello podemos decir que las enfermeras aun no valoran el grado de seguridad del paciente en su mayoría, como muy bueno y excelente. Por ello es necesario seguir implementando estrategias que den apertura a la mejora continua de la seguridad del paciente.

V. Conclusiones

- Primera:** No existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017. Ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y para la prueba estadística de chi cuadrado es 0,196.
- Segunda:** No existe diferencia los resultados en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017. Ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y para la prueba estadística de chi cuadrado es 0,091.
- Tercero:** No existe diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017. Ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y para la prueba estadística de chi cuadrado es 1,000.
- Cuarto:** Existe diferencia en la comunicación en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017. Ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y para la prueba estadística de chi cuadrado es 0,002.
- Quinto:** Existe diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017. Ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y para la prueba estadística de chi cuadrado es 0,015.
- Sexto:** No existe diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017. Ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y para la prueba estadística de chi cuadrado es 0,605.

VI. Recomendaciones

Primera: En función a lo encontrado, se debe realizar otro trabajo de investigación más detallado, sobre la cultura del personal con referencia a la cultura de seguridad del paciente, con la finalidad de buscar la disminución de los errores y acciones que puedan ir en perjuicio de la salud de los pacientes que alberga esta institución.

Segunda: El personal de enfermería debe de tomar este aspecto de la seguridad del paciente como prioritario e internalizar que las comunicaciones oportunas de estos eventos nos llevaran a mejorar cada vez más nuestro trabajo.

Tercero: Siendo el Instituto Nacional Cardiovascular INCOR un Hospital de mayor nivel, se recomienda trabajar en formar una cultura de seguridad en función a la atención del paciente con el personal asistencial, ya que el éxito del trabajo que realizan día a día será no tener complicaciones, eventos y/o errores en el tratamiento de los pacientes asegurados a los que alberga.

Cuarta: Se debe fomentar que la cultura del reporte de eventos adversos, conllevara al éxito de la atención de salud ya que gracias a ello se podrán fabricar nuevas estrategias de salud relacionadas a la seguridad del paciente.

VII. Referencias

- Agency for Health Care Research and Quality AHRQ (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
- Aranaz JM, A. C. (2004). *Los Eventos Adversos en la Asistencia Hospitalaria*. En M. Clinic. Barcelona.
- Arenas J., Garzón L., Gonzales & Mateus (2010). *Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel*. Tesis para optar el título de Enfermera. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia.
- Argimon Pallas JM. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier España; 2004
- Carrasco (2009) *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: Editorial San Marcos. P. 226.
- Conesa J., García S. (2010). *La seguridad laboral: el factor humano y la certificación de los sistemas de gestión de seguridad*. Ponencia presentada en el XIV INTERNATIONAL CONGRESS ON PROJECT ENGINEERING. Universidad de Granada. España
- Espíritu N, L. G. (2007). *Notificación de Eventos Adversos en un Hospital Nacional*. *Calidad Asistencial*, 335-41.
- Hernández I, G. R. (2008). *Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos adulto*. En *Calidad Asistencial* (págs. 23(4): 150-7). España.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill, p. 143
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México: McGraw-Hill. P. 124.
- Ministerio de la Protección Social (2010). *Sistema de Reporte de Seguridad en Unidad de Cuidados Intensivos*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*. Fundación FITEC. Colombia.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad de Murcia (2008). *Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Centro de Publicaciones Paseo del Prado. Madrid, España.
- Santacruz J., Rodríguez, Fajardo G., Hernández F. (2011). *Cultura de Seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Comisión Nacional de Arbitraje médico*. Centro colaborador de la OPS/OMS. México.
- Sánchez, H y Reyes C. (2015). *Metodología y Diseño en la Investigación Científica*. Editorial Business Support Aneth S.R.L

VIII. Anexos

Anexo 1

Artículo Científico



ARTÍCULO CIENTÍFICO

Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - EsSALUD. Lima, 2017.

AUTORA:

Br. Arleny Molina Ozejo

E. mail:Arlenymo@gmail.com.

Tesis para optar el grado académico de: Maestra en gestión de los servicios de la salud

Resumen

La investigación titulada Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR del Seguro Social del Perú. Lima 2017, tuvo como objetivo general de comparar niveles de Cultura de seguridad del paciente en los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico. La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo comparativo. El diseño de investigación fue no experimental; de corte transversal el muestreo fue no probabilístico y la población estuvo constituida por 30 enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular y 30 del servicio de centro quirúrgico. Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para medir la variable cultura de seguridad del paciente, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad de Alpha de Crombach. Se aplicó el estadístico chi cuadrado de Pearson con un valor de 0,196, ($p < 0.05$), por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones, de 0,091, donde se puede observar que existe una diferencia con una significancia $p < 0.05$. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula, afirmando que no existe una relación en los resultados de la cultura organizacional entre el servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico.

Palabras clave: cultura, seguridad, paciente.

Abstract

The research entitled Culture of patient safety, in nurses of the cardiovascular surgery service

and surgical center of the National Cardio Vascular Incor Institute of Social Security of Peru. Lima 2017 had as general objective to compare levels of cultura of patient safety in the services of cardiovascular surgery and surgical center. The research was conducted under the quantitative approach and deductive hypothetical method with a type of basic research and comparative descriptive level. The research design was non-experimental; cross-sectional sampling was non-probabilistic and the population consisted of 30 nurses from the cardiovascular surgery service and 30 from the surgical center service. A Likert scale-type questionnaire was used to measure the patient's safety culture variable, which were subjected to the validity and reliability of Cronbach's Alpha. The Pearson chi square statistic was applied with a value of 0.196, ($p < 0.05$), so the null hypothesis is not rejected. On the other hand, scores of 0.091 were obtained, where it can be seen that there is a difference with a $p < 0.05$ significances. Therefore, the null hypothesis is not rejected, stating that there is no relationship in the results of the organizational culture between the cardiovascular surgery service and surgical center.

Key words: culture, security, patient.

Introducción

“La ciencia médica ha evolucionado dando lugar a que la asistencia sanitaria con el transcurrir del tiempo se transforme en una actividad más eficaz, pero a su vez más compleja y altamente peligrosa; lo que trae como riesgos para los pacientes”.

En el transcurrir del avance de la ciencia en cuestión de la salud, los riesgos para los pacientes también aumentaron, por esa razón, así como la ciencia avanza en crear nuevas medicinas, y tecnología también debe de crearse nuevos instrumentos de atención que regulen la buena atención y la disminución de errores y complicaciones para los pacientes. (Hernández, 2008. p 32).

Por tal razón las acciones y actividades del personal de salud en las diferentes instituciones deben de ser más estandarizadas ya que esto permitirá disminuir los riesgos para el paciente, disminuyendo los errores y/o eventos en relación al tratamiento que reciben los pacientes. (Aranaz, 2004, p. 22).

Hoy en día, al año se realizan alrededor de 234 millones de procedimientos quirúrgicos en el mundo, lo que representa una intervención quirúrgica de 25 por cada cien mil habitantes del planeta.. “Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria” Las instituciones de salud deben de adoptar una determinada cultura de seguridad para el paciente ya que solo así se podrán tener una identificación positiva en la sociedad o visiversa, por lo tanto, con una cultura de seguridad fuerte se podrá ver la madurez de la institución ya que para poder alcanzar este nivel los profesionales han tenido que pasar por distintos procesos de mejora continua. (Fajardo, Rodríguez y Arboleya. 2010, p.3).

Actualmente en el Instituto nacional Cardiovascular INCOR, le da importancia a la seguridad del paciente, teniendo distintos instrumentos check list, que se utilizan previo a cada cirugía y a diferentes procedimientos especiales que se realizan dentro de la institución, ya que como comprenderán el instituto es el único en el país con la capacidad resolutive para realizar cirugías de mayor complejidad, pero a pesar de eso aun ocurren eventos y complicaciones de los pacientes.

Trabajos previos Antecedentes Internacionales: Birkmeyer y Cols. (2013). Michigan – EEUU, realizaron una investigación. Cultura de seguridad y la complicación después de la cirugía bariátrica su objetivo fue determinar la cultura de seguridad del paciente y factores de riesgo durante los procedimientos bariátricos. Haciendo uso de la encuesta HSOPSC, encuestaron al personal de 22 hospitales, se concluyó que las tasas de complicaciones serias fueron 17 significativamente bajas entre hospitales que recibieron una excelente calificación general de seguridad del pacientes (1.5%) comparadas con aquellas que recibieron una excelente calificación muy buena (2.6%) o aceptable (4.6%), en los ítems individuales aquellos relacionados con la coordinación y comunicación entre la unidades hospitalarias fueron los más frecuentes asociados con las tasas de complicaciones.

Fernández. (2015) en su estudio, Analgesia y eventos adversos post quirúrgicos de la administración de morfina junto con los anestésicos locales en cesáreas programadas con anestesia epidural simple: Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Objetivos: Determinar el

nivel de analgesia y eventos adversos de la administración de la morfina por vía epidural en dosis única junto a los anestésicos locales en pacientes post cesareadas. Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y aleatorizado simple ciego. Una muestra de 90 pacientes cesareadas, bajo anestesia epidural La seguridad de los fármacos estudiados se demostró que no produjeron eventos relacionados a la insuficiencia respiratoria. Solo una paciente presentó retención urinaria que representa el 3.3% y no necesitaron nada más que observación. Náuseas y vómitos presentó un 16.6% del grupo A, 13.3% del grupo B y 23.3% del grupo C a quienes se administró tramadol 100mg y ketoprofeno 100mg endovenoso como analgesia de rescate. Conclusiones: La eficacia analgésica de morfina por vía epidural en dosis de 2.0 mg fue mayor en comparación a morfina por vía epidural en dosis de 1.5 mg y ambas dosis presentaron mejor eficacia para el manejo del dolor que la administración de analgésicos endovenosos del grupo control. Consideramos viable el uso generalizado de morfina epidural en dosis única, en este grupo de pacientes lo que reducirá costos en el Hospital, mejorando el manejo del dolor postoperatorio y con baja incidencia de efectos adversos. En este estudio, concluyeron que la administración de morfina epidural resulto de mejor opción ante los otros analgésicos y además los eventos y/o reacciones adversas no se dieron en las dosis utilizadas, probablemente estas dosis también se puedan considerar seguras ya que lo realizaron en un conjunto de pacientes. **Cultura de Seguridad.** Cultura es un conjunto de creencias, valores, ideales y conductas, por tanto, cultura de seguridad se refiere al conjunto de conceptos y conocimientos, compartidos en una institución para la atención segura a una determinada población. (Uttal. 1983 en la revista Fortune p. 4)

Problema general ¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del paciente, entre enfermeras del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular Es SALUD Lima 2017? **Hipótesis General.** Existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía

cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular En Es SALUD. Lima 2017: **Objetivo General.** Comparar la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUD. Lima 2017.. **Diseño de investigación.** El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, se usó la técnica de recolección de datos para probar las hipótesis planteadas, con base en la mención numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.(Kerlinger 2002, p. 83)

Resultados. Hipótesis general. H1: Existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular en Es SALUD. Lima 2017

Tabla 1

Grado de diferencia entre la cultura de seguridad del paciente entre enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirurgico del instituto nacional cardiovascular de EsSALUD, lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,669 ^a	1	,196		
Corrección de continuidad ^b	1,068	1	,301		
Razón de verosimilitud	1,676	1	,195		
Prueba exacta de Fisher				,301	,151
Asociación lineal por lineal	1,641	1	,200		
N de casos válidos	60				

En la tabla 1 se presenta los resultados prueba estadística de chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cudrado (0.196) se puede observar que exista una diferencia con una significancia p 0.05, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico.

Hipótesis Específica 1: H1: Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Tabla 2

Grado de diferencia entre en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,857 ^a	1	,091		
Corrección de continuidad ^b	1,984	1	,159		
Razón de verosimilitud	2,899	1	,089		
Prueba exacta de Fisher				,158	,079
Asociación lineal por lineal	2,810	1	,094		
N de casos válidos	60				

En la tabla 2 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.091) se puede observar que exista una diferencia con una significancia $p < 0.05$, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una diferencia significativa en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.

Hipótesis Específica 2: H1: Existe diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 3

Grado de diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	1,000		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	1,000		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,603
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000		
N de casos válidos	60				

En la tabla3 se presenta los resultados prueba chi cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (1.000) se puede observar que exista una diferencia con una significancia $p < 0.05$, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula

afirmando que no existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico

Hipótesis específica 3: H1: Existe diferencia en la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 4

Grado de diferencia la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,600 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	8,067	1	,005		
Razón de verosimilitud	9,874	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,004	,002
Asociación lineal por lineal	9,440	1	,002		
N de casos válidos	60				

En la tabla4 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.002) se puede observar que no exista una diferencia con una significancia p 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico.

Hipótesis Especifica 4: H1: Existe diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 5

Grado de diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,934 ^a	1	,015		
Corrección de continuidad ^b	4,689	1	,030		
Razón de verosimilitud	6,081	1	,014		
Prueba exacta de Fisher				,029	,015
Asociación lineal por lineal	5,835	1	,016		
N de casos válidos	60				

En la tabla 14 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.015) se puede observar que no exista una diferencia con una significancia $p < 0.05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe una diferencia significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico

Hipótesis Específica 5: H1: Existe diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Tabla 6

Grado de diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,268 ^a	1	,605		
Corrección de continuidad ^b	,067	1	,796		
Razón de verosimilitud	,268	1	,605		
Prueba exacta de Fisher				,796	,398
Asociación lineal por lineal	,263	1	,608		
N de casos válidos	60				

En la tabla 6 se presenta los resultados prueba chi-cuadrado y su nivel de significancia entre las variables. A través de la prueba chi-cuadrado (0.605) se puede observar que exista una diferencia con una significancia $p < 0.05$, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula afirmando que no existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía y centro quirúrgico.

Discusión. En cuanto a la hipótesis general, no existe diferencia entre la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR. Con respecto a los niveles de cultura de seguridad, se observa que el mayor porcentaje se da en el nivel bajo 60%, sin embargo, el nivel alto se obtuvo en un 40% el que le da la fortaleza del trabajo a este grupo humano. El conocimiento de este nivel débil en la cultura de las enfermeras del INCOR, se puede estar dando por los cambios que están sucediendo al respecto de este tema, lo que dará lugar a que se tenga este punto de la seguridad como lo más importante de la institución. En cuanto a la hipótesis específica 1, no existe una relación entre los resultados de la cultura de

seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR, se presentan los niveles relación a los resultados de seguridad del paciente según el personal de enfermería en los servicios de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico; donde el servicio de Cirugía cardiovascular con el 80% muestran una cultura de seguridad del paciente débil, con el 20 % muestran una cultura de seguridad del paciente fuerte y el servicio de centro quirúrgico con el 60.0% muestran una cultura de seguridad del paciente fuerte y el 40.0% representa cultura organizacional débil en el servicio de centro quirúrgico. En cuanto a la cuarta hipótesis, se presentan niveles de comunicación en la seguridad del paciente del paciente en el servicio de cirugía cardiovascular el 70% perciben nivel de comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente débil y el 30% perciben nivel de comunicación en equipo fuerte, mientras que el servicio de centro quirúrgico se percibe que el 70% tienen un nivel de comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente fuerte y el 30% muestra un nivel bajo de comunicación en el trabajo en la cultura de seguridad del paciente. En cuanto a la hipótesis cinco se presentan el nivel dirección / gestión en la cultura de seguridad del paciente que el servicio de cirugía cardiovascular muestra que el 80% tienen un nivel débil y el 20% representa un nivel fuerte en la dirección/gestión de la cultura de seguridad del paciente, mientras el servicio de centro quirúrgico muestra 50% de nivel fuerte y débil en relaciona dirección/ gestión en la cultura de seguridad del paciente tanto fuerte como débil. Y en la hipótesis seis, se presenta al nivel de supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico, donde; el 28% representa nivel débil en la supervisión de la cultura de seguridad del paciente, mientras que el servicio de cirugía cardiovascular muestra 25% de nivel fuerte en la supervisión de la cultura de la seguridad del paciente.

Conclusiones Primera: Al hacer el contraste de la hipótesis general usando técnica estadística predictiva del SPSS V23, existen evidencias suficientes para afirmar que la capacitación laboral tiene relación positiva y significativa con la inserción laboral de los beneficiarios del Programa Jóvenes Productivos del MTPE sede Lima, 2015. **Segunda:** Al hacer el contraste de la hipótesis específica 1 usando técnica estadística predictiva del SPSS V23, existen evidencias suficientes para afirmar que la satisfacción de la capacitación tiene relación positiva y significativa con la inserción laboral de los beneficiarios del Programa

Jóvenes Productivos del MTPE sede Lima, 2015. **Tercera:** En el contraste de la hipótesis específica 2 usando técnica estadística predictiva del SPSS V21, existen evidencias suficientes para afirmar que la evaluación de las competencias tiene relación positiva y significativa con la inserción laboral de los beneficiarios del Programa Jóvenes Productivos del MTPE sede Lima, 2015.

Referencias

- Aranaz JM, A. C. (2004). *Los Eventos Adversos en la Asistencia Hospitalaria*. En M. Clinic. Barcelona.
- Birkmeyer, H y Col, M. (2013). Cultura de seguridad y la complicación después de la cirugía bariátricas. Michigan – EEUU
- Fajardo, G., Rodríguez, I., y Arboleya, T. (2010) *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Centro de Publicaciones Paseo del Prado. Madrid, España.
- Fernández, I. (2015) *Analgesia y eventos adversos post quirúrgicos de la administración de morfina junto con los anestésicos locales en cesáreas programadas con anestesia epidural simple*: Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima- Perú
- Hernández I, G. R. (2008). *Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos adulto*. En *Calidad Asistencial* (págs. 23(4): 150-7). España.
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México: McGraw-Hill. P. 124.
- Uttal, H. (1983). *Cultura de Seguridad*.

Anexo 2

Matriz de Consistència

TÍTULO: Cultura De Seguridad Del Paciente, En Enfermeras Del Servicio De Cirugía Cardiovascular Y Centro Quirúrgico Del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSALUDPerú. Lima 2017.						
AUTOR: Bach. Arleny Molina Ozejo						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema general: ¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del paciente, entre enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardio vascular Es SALUD Lima 2017?</p> <p>Problemas específicos: Problema Específico 1: ¿Cuál es la diferencia de los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017?</p> <p>Problema específico 2: ¿Cuál es la diferencia del trabajo en equipo en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD? ¿Lima 2017?</p> <p>Problema Especifico 3:</p>	<p>Objetivos General: Comparar la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardio vascular de EsSALUD. Lima 2017.</p> <p>Objetivo Específicos: Objetivo Específico 1: Comparar los resultados de la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico y del instituto nacional cardiovascular de EsSALUD, Lima. 2017.</p> <p>Objetivo Específico 2: Comparar el trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico y del instituto nacional cardiovascular de EsSALUD, Lima. 2017.</p>	<p>Hipótesis General Existe diferencia en la Cultura de Seguridad del paciente, entre las enfermeras del Servicio de Cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular en Es SALUD. Lima 2017</p> <p>Hipótesis Específicas: Hipótesis Específica 1: Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017.</p> <p>Hipótesis Específica 2: Existe diferencia en el trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente, entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.</p> <p>Hipótesis específica 3:</p>	Variable 1: cultura de seguridad del paciente			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			-Resultados de la cultura de seguridad del paciente.	. Percepción sobre la seguridad del paciente. -Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad en el paciente.	Preguntas: 10,15,17, 18 Preguntas: 40, 41, 42	
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Trabajo en Equipo en la cultura de seguridad del paciente.	Trabajo en Equipo dentro del área o servicio.	Preguntas: 8, 12, 16 Preguntas: 25, 27, 29, 33 Preguntas: 19, 20, 21, 22	Cultura fuerte Cultura débil			

<p>¿Cuál es la diferencia de la comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD Lima 2017?</p> <p>Problema Especifico 4: ¿Cuál es la diferencia de la dirección/gestión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD? ¿Lima 2017?</p> <p>Problema Especifico 5: ¿Cuál es la diferencia de la supervisión en la cultura de la seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD? ¿Lima 2017?</p>	<p>Objetivo Específico 3: Comparar la comunicación en equipo de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico y del instituto nacional cardio vascular EsSALUD, Perú. Lima. 2017.</p> <p>Objetivo Específico 4: Comparar la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico y del instituto nacional cardio vascular EsSALUD, Perú. Lima. 2017.</p> <p>Objetivo Específico 5: Comparar la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del Servicio cuidados intensivos de cirugía cardiovascular y de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular EsSALUD, Perú. Lima. 2017.</p>	<p>Existe diferencia en la comunicación en equipo en la cultura de seguridad de paciente entre las enfermeras del servicio de servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.</p> <p>Hipótesis Especifica 4: Existe diferencia en la dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.</p> <p>Hipótesis Especifica 5: Existe diferencia en la supervisión en la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del instituto nacional cardiovascular de Es SALUD. Lima 2017.</p>	<p>Comunicación en Equipo en la cultura de seguridad del paciente</p> <p>Dirección /Gestión en la Cultura de seguridad del paciente.</p> <p>Supervisión en la cultura de seguridad del paciente.</p>	<p>-Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.</p> <p>Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.</p> <p>. Grado de apertura de la comunicación.</p> <p>. Aprendizaje organizacional para la mejora continúa en la seguridad.</p> <p>. Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.</p> <p>. Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.</p> <p>. Respuesta no punitiva a los errores, recepción del personal.</p> <p>. Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.</p> <p>. Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.</p>	<p>Preguntas: 8, 12, 16</p> <p>Preguntas: 25, 27, 29, 33</p> <p>Preguntas: 19, 20, 21, 22</p>	
---	---	--	--	--	---	--

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>Tipo de Investigación :</p> <p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Nivel: descriptivo, comparativo.</p> <p>Diseño: no experimental</p> <p>Tipo: según finalidad, investigación básica; según la secuencia de la observación transversal, según el tiempo de duración prospectivo y según el análisis de alcance de sus resultados observacional.</p>	<p>Población</p> <p>La población estará conformada por 60 trabajadores, 40 enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y 20 enfermeras de centro quirúrgico.</p> <p>Muestra</p> <p>Para el servicio de cirugía cardiovascular se tomaran 20 enfermeras, seleccionadas de manera no probabilística y conveniencia, y para el centro quirúrgico se tomaran las 20 enfermeras.</p>	<p>Variable 1: Cultura de Seguridad del paciente</p> <p>Técnicas: encuesta.</p> <p>Instrumentos: cuestionario.</p> <p>Autor: Vanessa Lucy Martínez Chuquitapa</p> <p>Año: 2016.</p> <p>Monitoreo: Arleny Molina Ozejo</p> <p>Ámbito de Aplicación: Instituto Nacional Cardiovascular INCOR de EsSALUD. Lima 2017.</p> <p>Forma de Administración: individual</p>	<p>Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 23,</p> <p>Los datos obtenidos serán presentados en tablas y gráficos de acuerdo a las variables y dimensiones, para luego analizarlos e interpretarlos.</p> <p>Para el contraste de hipótesis se hará uso de la prueba estadística.....con un 95% de confianza.</p>

Anexo 3

Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE INTRODUCCION

Estimada colega, soy enfermera estudiante de Maestría En Gestión De Los Servicios De La Salud, de la Universidad Cesar Vallejo y teniendo los permisos respectivos de la institución, me encuentro aplicando un cuestionario auto administrado, con el objetivo de obtener información acerca de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería; para ello solicito se sirva responder en forma veraz las siguientes preguntas. La información recabada será de carácter anónimo; además ello permitirá establecer una línea de base sobre cultura de seguridad, para la posterior implementación de estrategias.

Datos Generales:

Profesión.....Servicio.....Edad.....Sexo...Tiempo que labora en su profesión.....Tiempo en el hospital.....Tiempo en el servicio.....

INSTRUCCIONES: Este cuestionario recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de eventos adversos en su servicio. A continuación, se plantean enunciados los cuales tendrá que marcar con una "X" según las alternativas presentadas: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo.

ENUNCIADOS	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.- El personal se apoya mutuamente en el servicio (cirugía cardiovascular y/o de centro quirúrgico).					

2.- Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3.- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4.- En este servicio nos tratamos con respeto.					
5.- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6.- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7.-Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
8.- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9.- Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10.- Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.					
11.- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12.- Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13.- Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14.- Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.					
15.- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16.- El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes					
17.- En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18.- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					
19.- Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20.- Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					

21.- Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
22.- Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.					
23.- La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
24.- los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.					
25.- La información de los pacientes se pierde , en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro					
26.- Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					
27.- A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno					
28.- En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
29.-Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital					
30.- Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31.- La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
32.- Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
33.- Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					

ENUNCIADO	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
34.- Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad					
36.- Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio					
37.- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
38.- En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.					
39.- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.					
40.- Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41.- Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42.- Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Gracias por completar esta encuesta, es muy útil para implementar mejoras en la seguridad del paciente.

Anexo 4

Certificado de validación de instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Resultado de Cultura de Seguridad del Paciente							
	Percepcion de la seguridad del paciente:							
1	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.(10)	/		/		/		
2	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.(15)	/		/		/		
3	En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.(17)	/		/		/		
4	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.(18)	/		/		/		
	Frecuencia de reporte de incidencias en la seguridad del paciente							
5	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.(40)	/		/		/		
6	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (41)	/		/		/		
7	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.(42)	/		/		/		
	DIMENSIÓN 2 Trabajo en Equipo en la Cultura de Seguridad del Paciente							
	Trabajo en Equipo Dentro del Area o servicio							
8	El personal se apoya mutuamente en el servicio (cirugía cardiovascular y/o de centro quirúrgico).(1)	/		/		/		
9	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.(3)	/		/		/		
10	En este servicio nos tratamos con respeto.(4)	/		/		/		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.(11)	/		/		/		
	Trabajo en Equipo Entre las Areas o Servicios							
12	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.(24)	/		/		/		
13	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.(26)	/		/		/		
14	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.(28)	/		/		/		
15	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.(32)	/		/		/		

DIMENSION 3. Comunicación en Equipo en la Cultura de Seguridad del Paciente		Si	No	Si	No	Si	No
	Comunicacionne informacion al personal sobre los errores en la unidad						
16	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemós notificado(34)	/		/		/	
17	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio.(36)	/		/		/	
18	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.(38)	/		/		/	
Grado de Apertura de la Comunicación							
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad (35)	/		/		/	
20	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.(37)	/		/		/	
21	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.(39)	/		/		/	
DIMENSION 4. Direccion/gestion de la cultura de seguridad del paciente		Si	No	Si	No	Si	No
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad							
22	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.(6)	/		/		/	
23	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.(9)	/		/		/	
24	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.(13)	/		/		/	
Personal: suficiencia disponibilidad y gestion							
25	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.(2)	/		/		/	
26	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.(5)	/		/		/	
27	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.(7)	/		/		/	
28	Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.(14)	/		/		/	
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente							
29	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.(23)	/		/		/	
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (30)	/		/		/	
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso. (31)	/		/		/	

DIMENSION 5. Supervision en la Seguridad del Paciente		Si	No	Si	No	Si	No
	Respuesta no punitiva a los errores, recepcion del personal						
32	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.(8)	/		/		/	
33	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.(12)	/		/		/	
34	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes /16)	/		/		/	
	Problema en la transferencia de los pacienteso cambio de turno						
35	La información de los pacientes se pierde , en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro. (25)	/		/		/	
36	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno (27)	/		/		/	
37	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital (29)	/		/		/	
38	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital (33)	/		/		/	
	Acciones del Supervisor jefe para promover la seguridad de los pacientes						
39	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos. (19)	/		/		/	
40	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. (20)	/		/		/	
41	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. (21)	/		/		/	
42	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.(22)	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Deisy Solano Chuquin DNI: 40062117

Especialidad del validador: Gestión de los Servicios de la Salud.

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

Nota: Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems

de.....del 20.....
 Lit. Deisy Solano Chuquin
 Enfermera
 C.R. 37824
 Instituto Nacional de Geriátrica
 I.N.G.S. S.A.L.U.D.
 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Resultado de Cultura de Seguridad del Paciente							
	Percepción de la seguridad del paciente:							
1	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.(10)							
2	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.(15)							
3	En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.(17)							
4	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.(18)							
	Frecuencia de reporte de incidencias en la seguridad del paciente							
5	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.(40)							
6	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (41)							
7	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.(42)							
	DIMENSIÓN 2 Trabajo en Equipo en la Cultura de Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
	Trabajo en Equipo Dentro del Area o servicio							
8	El personal se apoya mutuamente en el servicio (cirugía cardiovascular y/o de centro quirúrgico).(1)							
9	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.(3)							
10	En este servicio nos tratamos con respeto.(4)							
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.(11)							
	Trabajo en Equipo Entre las Areas o Servicios							
12	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.(24)							
13	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.(26)							
14	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.(28)							
15	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.(32)							

DIMENSION 3. Comunicación en Equipo en la Cultura de Seguridad del Paciente		Si	No	Si	No	Si	No
	Comunicacione informacion al personal sobre los errores en la unidad						
16	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemós notificado(34)						
17	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio(36)						
18	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.(38)						
Grado de Apertura de la Comunicación							
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad (35)						
20	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.(37)						
21	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.(39)						
DIMENSION 4. Direccion/gestion de la cultura de seguridad del paciente		Si	No	Si	No	Si	No
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad							
22	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.(6)						
23	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.(9)						
24	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.(13)						
Personal: suficiencia disponibilidad y gestion							
25	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.(2)						
26	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agctadora.(5)						
27	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.(7)						
28	Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.(14)						
Apoyo de la dirección para la seguridad del pacie							
29	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.(23)						
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (30)						
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso. (31)						

DIMENSION 5. Supervisión en la Seguridad del Paciente		Si	No	Si	No	Si	No
	Respuesta no punitiva a los errores, recepción del personal						
32	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.(8)						
33	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.(12)						
34	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes /16)						
	Problema en la transferencia de los pacienteso cambio de turno						
35	La información de los pacientes se pierde , en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro. (25)						
36	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno (27)						
37	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital (29)						
38	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital (33)						
	Acciones del Supervisor jefe para promover la seguridad de los pacientes						
39	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos. (19)						
40	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. (20)						
41	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. (21)						
42	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.(22)						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Daniel A. Cordova Sotomayor DNI: 08877455

Especialidad del validador: Investigador

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems

23 de Septiembre del 2017

Daniel Cordova
Firma del Experto Informante.
Mg. Daniel A. Córdoba Sotomayor
Docente Investigador
COP. 16806

Anexo 5

Confiabilidad de las Dimensiones Contenidas en el Cuestionario

DIMENSIONES	Alfa de Cronbach*
Percepción sobre la seguridad del paciente.	0.75
Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad en el paciente.	0.98
Trabajo en equipo dentro del área o servicio.	0.92
Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	0.80
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	0.78
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	0.80
Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.	0.83
Grado de apertura de la comunicación.	0.76
Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	0.63
Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	0.74
Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno	0.72
Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal	0.75

P1 0	P1 5	P1 7	P1 8	P4 0	P4 1	P42	p 1	P 3	P 4	P1 1	P2 4	P2 6	P2 8	P32	P3 4	P3 5	P3 6	P3 7	P3 8	P39	P 2	P 5	P 6	P 7	P 9	P1 3	P1 4	P2 3	P3 0	P31	P 8	P1 2	P1 6	P1 9	P2 0	P2 1	P2 2	P2 5	P2 7	P2 9	P33					
2	4	4	3	4	3	4	2	3	2	2	3	3	2	3	0	3	3	4	3	3	1	5	1	4	2	5	5	1	4	5	5	3	7	4	2	4	2	2	2	1	2	2	4	1	2	6
1	4	5	4	3	3	5	2	3	2	2	2	4	2	4	2	3	3	3	3	2	7	5	1	4	2	5	5	2	5	5	5	9	2	2	1	2	2	2	2	4	4	4	2	2	7	
1	4	4	4	4	3	5	2	4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	4	3	4	2	4	2	4	2	4	5	1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	3	8
2	3	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	5	3	3	3	3	8	4	2	4	1	4	5	3	4	4	4	5	5	5	4	3	3	3	1	3	3	2	1	3	3	
2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	1	5	1	3	1	4	4	1	4	4	4	1	3	3	4	3	3	3	1	3	3	3	1	0	3	
2	4	4	3	4	3	4	2	3	2	2	3	3	2	3	2	0	3	3	4	3	1	5	2	4	2	5	4	1	4	5	4	3	6	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	2	8	
2	4	5	4	3	3	5	2	3	2	2	2	4	2	4	2	3	3	3	4	2	8	5	2	4	2	5	4	2	5	5	5	9	2	2	1	2	2	2	2	4	4	4	1	2	6	
2	4	4	4	4	3	5	2	4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	4	3	4	2	4	2	4	2	4	5	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	3	8	
1	3	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	5	3	3	3	3	8	4	2	4	1	4	5	3	4	4	4	5	5	5	4	3	3	3	1	3	3	2	1	3	3	
1	4	4	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	1	4	2	3	1	4	5	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	1	3	3	3	2	1	3	
1	4	4	3	4	3	4	2	3	2	2	3	3	2	3	2	0	3	3	4	3	1	4	1	4	2	5	4	1	4	5	4	4	4	4	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	2	8
2	4	5	4	3	3	5	2	3	2	2	2	4	2	4	2	3	3	3	4	2	8	4	1	4	2	5	4	2	5	5	4	6	2	2	1	2	2	2	2	4	4	4	1	2	6	
2	4	4	4	4	3	5	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	1	4	2	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	3	8	
2	3	4	3	3	3	3	1	4	3	4	3	2	3	2	4	5	3	3	3	3	8	4	1	4	1	4	4	3	4	4	4	3	5	5	4	3	3	3	1	3	3	2	1	3	3	
2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1	8	4	2	3	1	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	1	3	3	3	2	1	3	
2	4	4	3	4	3	4	2	3	2	2	3	3	2	3	2	0	3	3	4	3	1	4	1	4	2	5	4	1	4	5	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	8
1	4	5	4	3	3	5	2	3	2	2	2	4	2	4	2	3	3	3	3	2	7	5	1	4	2	5	4	2	5	5	4	7	2	2	1	2	2	2	2	4	4	4	1	2	6	
1	4	4	4	4	3	5	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	2	3	5	1	4	2	4	4	1	4	4	5	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	3	8	
2	3	4	3	3	3	5	3	4	3	4	3	2	3	2	4	5	3	3	3	3	8	4	1	4	1	4	5	3	4	4	4	4	5	5	4	3	3	3	1	3	3	2	1	3	3	
3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1	8	4	2	3	1	4	5	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	1	3	3	3	2	1	3	3

2	4	4	3	4	3	4	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	0	3	3	4	3	3	3	1	4	2	4	2	5	5	1	4	5	4	3	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	4	1	2	
2	4	5	4	3	3	5	6	3	3	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	3	4	3	2	8	4	1	4	2	4	5	2	5	5	4	6	2	2	1	2	2	2	2	4	4	4	1	2	6	
2	4	4	4	4	4	5	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	5	1	4	2	5	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	8		
2	3	4	3	3	3	3	2	1	4	3	4	3	2	3	2	4	2	5	3	3	3	3	3	8	5	1	4	1	4	4	1	5	4	4	3	3	5	5	4	3	3	3	2	3	3	2	2	3	5
2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	8	5	2	3	1	4	4	1	5	4	5	4	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1
1	4	4	3	4	3	4	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	0	3	3	4	3	3	1	4	1	4	2	5	4	1	3	5	4	3	4	2	4	2	2	2	1	2	2	4	2	7		
1	4	5	4	3	3	5	5	3	3	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	3	3	3	2	7	4	1	4	2	5	5	2	4	5	4	6	2	2	1	2	2	2	2	4	4	4	2	7		
2	4	4	4	4	4	5	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	2	3	4	1	4	2	4	2	1	4	4	4	0	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	8		
2	3	4	3	3	3	3	2	1	4	3	4	3	2	3	2	4	2	5	3	3	3	3	3	8	4	1	4	1	4	5	3	4	4	4	4	5	5	4	3	3	3	1	3	3	2	1	3		
2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	8	4	2	5	2	4	4	3	4	4	4	6	3	3	4	3	3	3	1	3	3	3	2	1		
2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1	4	2	4	2	2	4	3	4	4	4	2	3	4	2	4	2	4	5	2	4	5	4	6	2	2	2	4	4	4	1	1	3	4	1	8		
2	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	4	3	2	3	3	3	4	4	1	9	4	2	4	2	4	5	2	4	5	4	6	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	8		
2	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	1	3	2	3	2	3	3	4	4	3	4	2	0	5	2	4	2	5	4	1	4	4	4	5	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	2	5		
2	3	4	4	4	4	3	2	4	3	3	4	2	4	2	4	2	5	3	3	3	4	4	2	1	4	2	5	1	4	4	1	4	4	4	3	2	2	2	4	3	3	2	1	1	2	2	4		
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	3	1	3	2	4	2	5	4	4	4	4	2	2	5	1	4	2	5	4	1	4	5	4	5	2	3	2	3	3	1	1	3	2	2	2	4		
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	1	4	2	4	2	7	4	3	4	3	4	2	2	4	2	4	2	4	4	2	4	5	4	3	5	2	2	2	4	4	4	1	1	3	4	1	8
1	3	3	4	3	3	3	0	3	3	3	3	1	3	3	4	3	2	3	3	3	3	4	1	8	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	8	
1	4	3	3	4	3	4	2	3	4	3	4	1	3	2	3	2	3	3	4	4	3	4	2	2	5	2	4	2	5	4	1	5	4	5	7	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	2	5		
1	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	4	2	4	2	4	2	5	3	3	3	4	4	2	0	4	2	5	1	4	4	1	4	5	4	4	2	2	2	4	3	3	2	1	1	2	2	4		
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	3	1	3	2	4	2	5	4	4	4	4	2	2	5	1	4	2	5	5	1	4	5	5	7	2	3	2	3	3	1	1	3	2	2	2	4		
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	1	4	2	4	2	7	4	3	4	4	4	2	3	4	2	4	2	4	5	2	4	5	4	6	2	2	2	4	4	4	1	1	3	4	1	8	
1	3	4	4	3	3	3	2	1	3	3	3	3	1	3	3	4	2	3	3	3	3	4	1	8	4	2	4	2	4	5	2	4	4	4	5	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	8		
1	4	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	1	3	2	3	2	2	3	3	4	4	3	2	2	5	2	4	2	5	4	1	4	4	5	6	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	2	5		

1	3	5	4	4	4	3	2	4	3	3	3	4	2	4	2	4	2	5	3	3	3	4	4	2	1	9	4	2	5	1	4	4	1	4	5	4	3	4	2	2	2	4	3	3	2	1	1	2	2	2	4
1	4	5	4	4	4	4	2	6	4	4	4	3	1	3	2	4	2	2	5	4	4	4	4	2	2	2	5	1	4	1	5	4	1	5	5	5	6	2	3	2	3	3	1	1	3	2	2	2	2	4	
2	4	4	4	4	4	4	2	6	4	4	4	4	1	4	2	4	2	2	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	2	4	5	5	6	2	2	2	4	4	4	1	1	3	4	1	8	2			
2	3	5	4	3	3	3	23	3	3	3	3	3	1	3	3	4	23	3	3	3	4	4	2	19	4	2	4	2	4	4	2	4	4	5	35	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	28				
2	4	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	1	3	2	3	3	3	4	4	3	4	2	2	0	5	2	4	2	5	4	1	4	4	4	5	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	2	5			
1	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	4	2	4	2	4	2	1	3	3	3	3	4	2	8	4	2	5	2	4	4	1	4	5	4	5	2	2	2	4	3	3	2	1	1	2	2	4			
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	3	1	3	2	4	2	2	4	4	4	3	4	2	1	5	1	4	2	4	4	1	4	5	4	4	2	3	2	3	3	1	1	3	2	2	2	4			
1	4	5	4	4	4	4	2	6	4	4	4	4	1	4	2	4	2	2	4	3	4	3	4	4	2	4	2	4	1	4	4	2	4	5	5	5	3	2	2	2	4	4	4	1	1	3	4	1	8		
1	3	4	4	3	3	3	2	1	3	3	3	3	1	3	3	4	2	1	3	3	3	3	4	2	8	4	2	4	2	5	5	2	4	4	5	7	2	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	7			
1	4	4	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	1	3	2	3	3	3	4	4	4	4	2	1	5	2	4	2	4	4	1	4	4	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	2	5				
2	3	4	4	4	4	3	2	4	3	3	3	4	2	4	2	4	2	1	3	3	3	4	2	9	4	2	5	1	4	4	1	4	5	4	4	3	2	2	2	4	3	3	2	1	1	2	2	4			
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	3	1	3	2	4	2	2	4	4	4	4	2	2	2	5	1	4	2	4	4	1	5	5	5	3	6	2	3	2	3	3	1	1	3	2	2	2	4		
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	1	4	2	4	2	2	4	3	4	3	4	4	2	4	2	4	2	5	4	2	4	5	4	6	2	2	2	4	4	4	1	1	3	4	1	8			
2	3	5	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	4	2	1	3	3	3	3	4	2	8	4	2	4	2	4	5	2	4	4	4	3	5	2	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	7		
2	4	5	3	4	3	4	2	5	3	4	3	4	1	3	2	3	3	3	4	4	3	4	2	0	5	2	4	2	4	4	1	4	4	5	5	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	2	5				
1	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	4	2	4	2	4	2	1	3	3	3	3	4	2	8	4	2	5	1	5	4	1	4	5	4	3	5	2	2	2	4	3	3	2	1	1	2	2	4		
1	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	3	1	3	2	4	2	2	4	4	4	4	2	2	5	1	4	1	4	4	1	4	5	4	3	2	3	2	3	3	1	1	3	2	2	2	4				



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, **Córdova Sotomayor Daniel**, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada **“Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR-EsSALUD. Lima, 2017.”** del estudiante **Molina Ozejo, Arleny** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito(a) analizo 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, 23 de setiembre del 2017

Firma

Mg. Córdova Sotomayor, Daniel Ángel

DNI:08877455

Feedback Studio - Google Chrome
 Es seguro https://exturnitin.com/app/ica/14/30/447-40264-26146-141340264lang=es

feedback studio Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto.

ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CESAR VALLES

Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de cirugía cardiovascular y centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - ESSALUD.
 Lima, 2017.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
 Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:
 Br. Ardeny Molina Ozgü

ASESOR:
 Mg. Daniel Corbosa Solomayor

SECCION:
 Ciencias Médicas

Página: 1 de 68 Número de palabras: 17654

Resumen de coincidencias

25 %

Se están viendo fuentes azules

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

1	pt.acribl.com	2 %
2	www.socio.org.pe	1 %
3	Entregado a Universidad	1 %
4	pt.acribl.com	1 %
5	pt.acribl.com	1 %
6	www.sociomedirect.com	1 %

12:47 pm 10/10/2017



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

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

MOLINA OZEJO ARLENY
D.N.I. : 28605020
Domicilio : Av. Del Pacífico N° 135 SAN MIGUEL, LIMA
Teléfono : Fijo : Móvil 995065779
E-mail :

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[] Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

[] Tesis de Posgrado

[X] Maestría

[] Doctorado

Grado : MAESTRIA
Mención : GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

MOLINA OZEJO ARLENY

Título de la tesis:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS DE CIRUGIA
CARDIOVASCULAR Y CENTRO QUIRURGICO DEL INSTITUTO NACIONAL
CARDIOVASCULAR INCOR- ESSALUD, LIMA 2017.

Año de publicación : 2017

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

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

[]

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

[X]

Firma :

[Handwritten Signature]

Fecha:

24/01/19



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

ARLENY MOLINA OZEJO

INFORME TITULADO:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS DE

CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y CENTRO QUIRURGICO DEL INSTITUTO NACIONAL
CARDIOVASCULAR INCOR- ESSALUD, LIMA 2017

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA:

02-12-17

NOTA O MENCIÓN:

APROBADO POR MAYORIA



[Firma]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN