



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO
QUIRÚRGICO DE LA CLÍNICA RICARDO PALMA”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO**

**PRESENTADO POR:
QUITO PIZAN YOSSY KAREN**

**ASESOR:
Dra. MARIA HILDA CARDENAS DE FERNANDEZ**

**PERU-LIMA
2020**

INDICE

ÍNDICE GENERAL.....	2
ÍNDICE DE ANEXOS.....	3
RESUMEN.....	4
SUMARY.....	5
INTRODUCCION.....	6
MATERIALES Y METODOS.....	13
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	17
RECURSOS A UTILIZAR PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
ANEXOS.....	24

INDICE DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable.....	24
Anexo B. Instrumento de recolección de datos.....	25
Anexo C. Consentimiento informado y/o Asentamiento.....	29

RESUMEN

Introducción: Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable. Mientras que la cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. **Objetivo:** Determinar el grado de cultura de seguridad del paciente desarrollado por el personal de enfermería en centro quirúrgico de la Clínica Ricardo Palma octubre del 2020. **Metodología:** Se realizará un estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal. La población del estudio estará conformada por 50 personas consideradas entre técnicas y enfermeras que trabajan dentro del área de centro quirúrgico, a las que se le aplicara como instrumento el cuestionario sobre seguridad de los pacientes versión española según 5 dimensiones: trabajo en equipo, la comunicación, dirección y gestión y la supervisión. Los datos obtenidos serán tabulados y procesados estadísticamente, aplicando el paquete estadístico SPSS 22, y Excel.

Palabras Clave: Cultura de seguridad del paciente, dimensiones de seguridad del paciente.

SUMMARY

Introduction: According to the WHO (World Health Organization), patient safety is reducing the risk of harm associated with healthcare to an acceptable minimum. While the safety culture is defined as the set of values and norms common to individuals within the same organization and implies a shared mental model that positions safety as a common goal to pursue. **Objective:** to determine the degree of patient safety culture developed by the nursing staff at the Ricardo Palma Clinic surgical center October 2020. **Methodology:** A descriptive, non-experimental, cross-sectional study was conducted. The study population will be made up of 50 people considered among technicians and nurses who work within the surgical center area, to which the Spanish version of the patient safety questionnaire will be applied as an instrument according to 5 dimensions: teamwork, communication, direction and management and supervision. The necessary data will be tabulated and processed statistically, applying the statistical package SPSS 22, and Excel.

Key Words: Patient safety culture, patient safety dimensions.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como línea de investigación al grupo humano de enfermería del área de Centro Quirúrgico; son un grupo de profesional altamente preparados en conocimiento en el pre, intra y postoperatorio. Dado la gran afluencia del número de cirugías en la clínica es importante un óptimo conocimiento en dicha área y es necesario el tener un buen conocimiento sobre la Cultura de la seguridad relacionada al paciente. Este trabajo tendrá como lugar el Servicio de Centro Quirúrgico de la Clínica Ricardo Palma en el periodo del año octubre 2020, con la aplicación de un instrumento de la Encuesta de Seguridad del Paciente.

El hecho de ser seres humanos nos conlleva a cometer errores en todo el rubro en que ejecutamos una acción, pero dicha debilidad se transforma en una fortaleza que nos impulsa a superarnos mediante la preparación académica y evitarlos. Se encuentran campos de acción donde los actos inseguros, conllevan a resultados fatídicos, como es nuestra área donde nos desarrollamos, el área de salud. Por tal sentido es imperativo que todo profesional que labore en los servicios de salud nos encontremos humanizados y empáticos.

El tema de seguridad del paciente y los errores realizados por el profesional es un tema de suma importancia en todo el ámbito, por tal sentido se han establecidos metas de forma continua para el desarrollo de estrategias innovadores en la política que rigen cada uno de las instituciones prestadoras de salud para lograr una atención sanitaria de calidad. (1) Muchos estudios brindan información sobre el tema, sin embargo, no es la gran mayoría de los casos dado a que generalmente solo sobresalen eventos que han causado un impacto emocional fuerte y desagradable a la sociedad.

La OMS, entidad que rige los parámetros en salud a nivel mundial nos plantea como concepto que la seguridad del paciente es la disminución de la contingencia del perjuicio participio del cuidado de la salud a un ínfimo admisible. (2) Esto guarda relación ya que al tener el conocimiento adecuado de la atención brindada se logra reducir la posibilidad de un acontecimiento no deseado durante la asistencia sanitaria.

La Cultura de seguridad, se trata de un conglomerado de normas, valores de las personas en un mismo centro de labor que hace que todos los trabajadores tengan mentalizados que la seguridad del paciente es el objetivo universal a alcanzar (3). Minimizar el daño es el objetivo principal de la seguridad del paciente y como siguiente objetivo se debe pensar en disminuir el error dentro de la praxis asistencial por parte del personal de enfermería, puesto que el error es algo interiorizado y fruto de la evolución en el ser humano en la que se aprende del error y que actualmente se puede llegar a disminuir mediante aprendizaje con capacitaciones teóricas y prácticas.

Centro quirúrgico, es un área especializada dentro de un hospital o clínica, integrada por conjunto de ambientes; entre estos: la sala de preanestesia, la sala de operaciones y sala de recuperación post anestésico. (4) La Clínica Ricardo Palma cuenta con estos ambientes y están con una infraestructura adecuada por su alta demanda de cirugías.

La OMS nos brinda datos indicando que a nivel mundial se realizan 234 millones de operaciones quirúrgicas cada año y estas son catalogadas como cirugías mayores, en dichas cirugías se presentan complicaciones como parte del procedimiento que pueden causar discapacidad o aumentar los días de hospitalización entre 3% y 25% del total de los casos. (5) Las complicaciones más habituales son: paciente incorrecto, zona anatómica incorrecta, complicaciones con la anestesia y el incremento de la proporción de infecciones en la herida operatoria. (6)

Las complicaciones atribuidas a las operaciones quirúrgicas se transforman en eventos adversos prevenibles o no prevenibles que son considerados un gran problema en la salud pública, que conlleva más gasto sanitario con aumento de la estancia hospitalaria, aumento en gastos en medicamentos, y mayor estrés al paciente. Dichas complicaciones podrían disminuir logrando seguir un correcto protocolo en intra y post operatorio que es donde enfatiza la cultura de seguridad del paciente.

Harvard Medical Practice, fue uno de los primeros en investigar a los Eventos Adversos (EA), obtuvieron como resultado una prevalencia de eventos adversos de 3.7%. La especialidad con mayor porcentaje de eventos adversos fueron las quirúrgicas con un 16,1%, y las otras especialidades no quirúrgicas presentaron un 3.6% de eventos adversos (7), en otras investigaciones realizados Baker y colaboradores en Canadá y Davis y colaboradores en Nueva Zelanda dieron como resultado un porcentaje de 12,9% y 7.5% respectivamente. (8) Con estas investigaciones se concluye que la mayor presencia de eventos adversos relacionados a la salud se producen en el ámbito relacionado a las especialidades quirúrgicas.

Según la investigación llevado a cabo por IBRAS, en países de Sudamérica como Colombia, Argentina, Perú y países de Centroamérica y Norteamérica como son Costa Rica y México, se encontró que el porcentaje un 11.8% de eventos adversos y de ellos el 65% fueron prevenibles. El tipo de evento adverso encontrado fue; 12.27% al cuidado del paciente, 8.23% errores en la medicación, 37.14% infecciones intrahospitalarias, 28.69% procedimiento de cirugía menor, 6.15% intervenciones de diagnósticos no invasivos. Esto conlleva a un aumento en los días de hospitalización en un 62.9% y 18.2% reingresos por dichas complicaciones. (9)

Mientras en el Perú, la Superintendencia Nacional de Salud, reportó que para el año 2015 se habían realizado un total de 613.396 cirugías, las complicaciones y eventos adversos de estas cirugías fueron del 11.6%; el 9.6% de ese total está directamente relacionado con la atención quirúrgica y del total eventos adversos reportados en el país el 58.8% fueron considerados evitables. (10)

La Seguridad del Paciente tiene un gran impacto debido a la problemática que representa actualmente, la OMS en 2002 en sus múltiples intentos de fortalecer el tema tratado instauró una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (11) Cual objetivo principal fue implementar y fortalecer la evidencia en sistemas y/o protocolos estandarizados en una institución para hacer más fácil la implementación de políticas y reglamentos sobre la seguridad del paciente. (12)

En dicha Alianza realizaron múltiples investigaciones con el fin de apoyar a los profesionales del área quirúrgica para disminuir sucesos de esta índole, como ayuda plantean una herramienta “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”. (13) Dicho instrumento presenta 3 partes: antes de cirugía, durante la cirugía, término de la cirugía. Con su aplicación cotidiana se ha disminuido satisfactoriamente los eventos adversos en sala de operaciones.

La Clínica Ricardo Palma, cuenta con la primera área “Unidad de Preanestesia” consta un formato “Control Preoperatorio”, en esa área se procede al marcado del sitio operatorio (si lo requiere), posterior en sala de operaciones se aplica el formato “Lista de verificación segura”. Desde la recepción del paciente se verifica si el paciente tiene su brazalete de identificación donde figura su nombre completo y apellidos, brazalete amarillo si el paciente tiene alguna alergia, y brazalete rojo por riesgo de caída. Protocolos que refuerzas la seguridad del paciente que será intervenido quirúrgicamente.

De cualquier manera, el riesgo de eventos adversos y errores médicos no puede eliminarse por completo. (14) Pero el conocimiento que adquieren sobre su ocurrencia les brinda a los profesionales de salud mayores oportunidades de lograr una mejor calidad de atención. (15) Se logrará disminuir el índice de eventos adversos y sus impactos fatídicos en una institución prestadora de salud cuando el equipo asistencial y administrativo tome la Cultura de Seguridad relacionada al paciente como una prioridad, implementando sistemas que encaminen a una atención más segura. (16)

La OMS y el Comité de Seguridad y Calidad en unidades prestadores de salud de Europa plantean definiciones precisas del tema tratado. Definen a la **Seguridad del paciente (SP)** como la probabilidad de lesión superflua que se deriven de una atención sanitaria brindada a un paciente/cliente hasta un ínfimo tolerable. (17) Un **incidente** es todo suceso que ha causado o podría ser capaz de causar una lesión superflua a todo paciente y/o cliente (17), y un **evento adverso (EA)** es todo suceso que produjo daño severo a un paciente y/o cliente. (18)

Las bases teóricas de este trabajo están basadas en dos pensamientos vinculados entre sí: una es la **Teoría del Error de Reason**, nos dice que el individuo puede equivocarse, a pesar de los esfuerzos que realiza para evitarlos, se cometerán errores. Otra es la **Cultura de Seguridad (CS)**: es la formación no reprobable en que los individuos y las organizaciones tienen un pacto con la seguridad que lo cumplirán desarrollando prácticas saludables y afianzando sus aptitudes de cada uno y aprendiendo de los errores cometidos. (19)

El fundamento más aprobado es de la Reason (20), también llamado “Queso Suizo” de Reason, nos dice; cuando se produce el error, se evalúa el entorno del suceso y bajo qué parámetros ocurrió, para poder analizar y emitir resultados que brindarían soluciones encaminadas a la prevención de estos eventos y evitar daños fatales en las víctimas de estos eventos. Los sistemas de salud cuentan con mecanismos prevenibles que citaremos a continuación; barreras físicas (por ejemplo, las alarmas de las bombas de infusión, etc), la preparación académica continua de los profesionales asistenciales y la gestión administrativa.

Basándonos en la Teoría de Enfermería citaremos para este trabajo de investigación: **Triángulo de los cuidados** elaborada por la Dra. German Bes (21), presenta tres dimensiones: Bienestar, Autonomía y seguridad; lo cual representan los objetivos que buscan las enfermeras en la atención que brindan a los pacientes. La enfermera cuando conforta al paciente y se interesa por el estado actual de su salud está trabajando el bienestar, cuando notifica y ejecuta su trabajo de manera competente ofreciendo confianza al paciente está potenciando la seguridad y cuando educa al paciente en el autocuidado de su salud y lo hace participe en su proceso de recuperación está fomentando la autonomía.

Según Gómez; dice que nuestras actitudes, creencias propias de los individuos durante la formación académica y el ejercicio de su profesión están íntimamente relacionados con la cultura de seguridad del paciente, para evitar causar algún tipo de daño insignificante o potencial relacionados a la atención que están brindando. (22) Todas las instituciones prestadoras de servicio de salud deben presentar la cultura de

seguridad del paciente positivo y donde se vea reflejado en sus trabajadores mediante sus valores, actitudes y patrones de conducta durante la realización de sus actividades profesionales. (23)

La Joint Commission International y la Certificación y Acreditación de las Unidades de primer nivel y Hospitales plantean la implementación de metas internacionales abocadas a fortalecer la seguridad del paciente. (24) Dichas metas fueron creadas para afianzar la seguridad de los pacientes/clientes. Para que una institución reciba la acreditación de esta entidad, pasa una serie de evaluaciones de todo su sistema de atención, hace partícipe tanto al personal administrativo y asistencial. Cabe resaltar que la Clínica Ricardo Palma fue acreditada como una institución prestadora de salud con un alto grado de seguridad del paciente.

Bautista y col., presentan su investigación “Cultura de seguridad y comunicación sobre errores quirúrgicos desde la perspectiva del equipo de salud” realizado el año 2019 en Brasil. Conocer la cultura de seguridad referente a dos dimensiones: comunicación y notificación de eventos fue el objetivo principal. En el estudio participaron 158 profesiones. El instrumento fue el Cuestionario de la Cultura de Seguridad del paciente. Tuvieron como resultado una cultura fuerte en ambas dimensiones, sin embargo, concluyeron que existe cierta fragilidad en la dimensión de comunicación. (25)

Calado y col., presentan su investigación “Cultura de seguridad en los servicios quirúrgicos: estudio de caso” en el año 2016-Brasil. El objetivo fue averiguar cómo es la cultura de seguridad general asociada con la seguridad del paciente quirúrgico. Estudiaron una población y muestra de 196 profesionales. Su instrumento fue el Cuestionario de la Cultura de Seguridad del paciente. Los resultados fueron que 33 participantes tienen una cultura de seguridad del paciente pobre, 36 participantes tienen muy buena cultura de seguridad del paciente. Concluyeron hay poca cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgico en ULS de Guarda. (26)

Kusumawati y colaboradores en su investigación, “Cultura de Seguridad del Paciente y Actitud de las Enfermeras sobre la notificación de incidentes en Indonesia” el año 2019. El objetivo fue determinar si existe correlación entre la cultura de seguridad del paciente y las actitudes del personal de enfermería hacia la notificación de incidentes. Estudiaron una muestra de 400 enfermeras. Su instrumento fue el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente. El resultado que hallaron fue una fuerte correlación significativa entre ambas variables. Concluyeron el mejorar las actitudes de las enfermeras hacia la notificación de incidentes. (27)

Alvarado y col. en su estudio, “Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del hospital Carlos Lan Franco la Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018”. El objetivo fue conocer el grado cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en ambas instituciones. Participaron 41 enfermeras del hospital y 17 enfermeras de la clínica. El Cuestionario de Seguridad de Cultura del paciente fue el instrumento. El 59% de enfermeras del hospital tienen una fuerte cultura de seguridad del paciente, 84,4% enfermeras de la clínica tiene cultura fuerte. Existe una cultura de seguridad fuerte en ambas instituciones. (28)

Martínez en su estudio, “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima en el año 2015”. Tuvieron como objetivo identificar la Cultura de Seguridad del paciente en el personal de enfermería. Participaron 45 enfermeras. Su instrumento fue el cuestionario de la cultura de seguridad del paciente. En sus resultados obtuvieron que en 53.3% observan una cultura de seguridad débil, 46.3% observan una cultura fuerte. Concluyeron que desafortunadamente el porcentaje de cultura débil es muy alto. (29)

Aguilar en su estudio, “Cultura de Seguridad del paciente según percepción de las Enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD Piura febrero 2018”. Peru-2018. El propósito del estudio fue saber el grado de cultura de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería. Participaron 43 enfermeras. Aplicaron su instrumento el cual fue el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente. Como resultado obtuvieron: un 75% muestran una

cultura de seguridad fuerte, 16,9% cultura de seguridad neutra y 8.1% cultura de seguridad negativa. (30)

Este trabajo de investigación nos brindara información actual del grado la cultura de seguridad del personal de enfermería de centro quirúrgico de la clínica Ricardo palma, y brindara datos estadísticos para que la gerencia y jefaturas correspondientes planteen nuevas estrategias y decisiones para afianzar y favorecer una cultura con todos sus principios, que incorpora la colaboración de todo el equipo multidisciplinaria encargado de la atención directa del paciente.

El objetivo del estudio es determinar el grado de cultura de seguridad del paciente desarrollado por el personal de enfermería en centro quirúrgico de la Clínica Ricardo Palma octubre del 2020.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACION

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño metodológico estudio de tipo descriptivo, no experimental y transversal. (31)

2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

Estará conformado por 50 personas considerados entre técnicas y enfermeras que trabajan dentro del área de centro quirúrgico.

Criterios de inclusión

- Tiempo de labor en el servicio de centro quirúrgico mayor de 6 meses
- Personal que desea participar de forma voluntaria

Criterios de exclusión

- Personal que no desea participar en el estudio
- Personal ausente debido a licencias de vacaciones o enfermedad

2.3 VARIABES DE ESTUDIO

Tiene una variable principal que es Cultura de Seguridad del paciente. Según su naturaleza, es una variable cualitativa, y su escala de medición es ordinal

Definición conceptual de variable principal: conducta personal o colectiva, que se rigen en valores y creencias presentes, con el fin de disminuir lo menos posible algún daño o lesión que pueda causarse al paciente. (32)

Definición operacional de variable principal: conjunto de normas del personal de salud entre técnicas y licenciadas en enfermería el área de centro quirúrgico. Los componentes a evaluar son: comunicación, dirección y gestión, trabajo en equipo y la supervisión. Concluirá en una cultura positiva, neutra o negativa.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica a utilizarse en dicha investigación será la encuesta y el instrumento el Cuestionario.

La Encuesta del Hospital sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPS) (33), desarrollado por la Agencia de los Estados Unidos para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) en 2004, propone 5 dimensiones para evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales en un entorno hospitalario, se aplicará la versión española adaptado por la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (34)

Cuenta de 5 dimensiones de evaluación:

Tabla nº1 Dimensiones de evaluación

RESULTADOS DEL DESARROLLO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
Frecuencia en la comunicación de eventos adversos.	40,41,42
Apreciación sobre seguridad.	10,15,17,18
TRABAJO EN EQUIPO	
Dentro del servicio.	1, 3, 4, 11
Entre los servicios.	24, 26, 28, 32
COMUNICACIÓN	

Franqueza en la comunicación.	35, 37, 39
Comunicación sobre los errores.	34, 36, 38
GESTION Y DIRECCION	
Aprendizaje y mejora organizacional	6, 9, 13
Dotación de personal.	2, 5, 7, 14
Apoyo para la protección del usuario de parte de la gerencia del nosocomio.	23, 30, 31
SUPERVISIÓN	
Omisión e impunidad frente a los errores.	8, 12, 16
Dificultad en las transiciones de usuarios entre servicios o en los relevos de turno.	25, 27, 29, 33
Acciones y expectativas del jefe para favorecer la seguridad.	19, 20, 21, 22

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes (34)

El instrumento contiene ítems formuladas positivamente y negativamente. Las respuestas se codifican en tres categorías (34)

- **Positiva** se emplean los siguientes criterios alternativos:
 - $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- **Neutra** se emplean los siguientes criterios alternativos:
 - $\geq 50\%$ de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo.
- **Negativa** se emplean los siguientes criterios alternativos:
 - $\leq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre”) a preguntas formuladas en positivo

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se re calculan aplicando la siguiente fórmula:

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

2.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previos para la recolección de datos

Mediante un documento se solicitará al área de Investigación académica de la Clínica Ricardo Palma la autorización y el permiso respectivo para el desarrollo del estudio. Después se coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería para la autorización y se procederá a la coordinación la Jefatura de Centro Quirúrgico para el desarrollo de la investigación

2.5.2 aplicación de instrumento de recolección de datos

La aplicación del instrumento será en octubre del 2020, se acudirá solo en turno de mañana un tiempo aproximado de 15 días, donde se podrá encontrar a todo el personal ya que cuenta con horarios rotativos. El llenado de la encuesta será un aproximado de 15 a 20 minutos. Al término de la ejecución de las encuestas se procederá a revisar cada encuesta para corroborar la calidad del llenado.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos serán tabulados y procesados estadísticamente, aplicando el paquete estadístico SPSS 22, y Excel. Para su análisis e interpretación presentaremos los hallazgos en gráficos y tablas estadísticas.

2.7 ASPECTOS ETICOS

Se aplicará los principios de bioéticos como son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (35) (36) a toda la participación sin distinción alguno. Se aplicará el consentimiento informado (37). Dichos principios bióticos serán ejecutados de la siguiente manera:

Principio de Autonomía

Se respetó la libre voluntad de participar del personal de salud de centro quirúrgico. A todo el personal de salud se le explico los objetivos del estudio, posterior se realiza la firma del consentimiento informado.

Principio de Beneficencia

Se procederá a explicar a todo el personal de salud, que los resultados obtenidos en dicha investigación servirán para evaluar los puntos débiles concerniente a la cultura de seguridad del paciente y afianzar los puntos a favor, así brindar una mejor calidad de atención y subir estándares de atención como clínica privada.

Principio de No Maleficencia

Se explicará a todo el personal que su colaboración no implica ningún riesgo en el desempeño de sus funciones.

Principio de justicia

Todo el personal de salud participante será tratado con mucho respeto, cordialidad e igualdad, sin preferencias del grado académico.

3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4
ELECCION DEL TEMA	■																		
DEFINICION DEL PROBLEMA		■																	
ELABORACION DEL PROYECTO			■	■															
ORGANIZAR EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS					■	■													
APROVACION DEL PROYECTO							■												
RECOLECCION DE INFORMACION								■	■	■	■	■							
PROCESAMIENTO DE INFORMACION												■	■	■					
PRESENTACION DE INFORME FINAL															■				
APROBACION DE TESIS																■			
SUSTENTACION																		■	

4 RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS	Horas	Nuevo soles	Total
Quito Pizan Yossy Karen	4horas el día	0	0

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO
Hojas bond	100 unidades	40 soles
Impresiones	50 hojas	50 soles
Anillados empastados		200 soles
Transporte		200 soles
Imprevistos		200 soles

TOTAL	690 soles
--------------	------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sir Liam Donaldson y Pauline Philip. Boletín de la Organization Mundial de la Salud: International Journal of Public Health 2004; 82 (12): 892.
2. The Conceptual Framework for the international Classification for patient Safety WHO 2009.
3. Rocco C, Garrido A. seguridad y cultura de seguridad: Madrid 2017
4. Castilla HN, Gomez AH, Quintero SW. Seguridad del paciente en el Ambito Quirúrgico: Bogotá Colombia 2017.
5. Organización Mundial De La Salud. 10 datos Sobre Seguridad En La Atención Quirúrgica. Disponible desde http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/es
6. Aranaz J, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Rev. Calidad asistencial, 2011, Vol. 26, N°6, España.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence Of Adverse Events And Negligence In Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-6.
8. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events In British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. BMJ. 2001;322(7285):517-9
9. Eventos Adversos En Cirugia. Revista Cirujano General Vol. 33 Núm.3– 2011. Dispoble en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v33n3/v33n3a5.pdf>
10. Alvarado CD, Membrillo PN, Vilcapuma GA. Cultura de seguridad del paciente en las Enfermeras de Centro Quirurgico del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018.
11. Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente 2006– 2007. OMS, (2006),
12. Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente 2006– 2007. OMS, (2006)
13. Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia Manual de Aplicación (1°edicion). Disponible en:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
14. Datos de reclamos y quejas de pacientes para mejorar la seguridad del paciente. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (2008), págs. 60
 15. Wakefield JG, McLaws ML, Whitby M, Patton L. Cultura de seguridad del paciente: Factores que influyen en la participación del clínico en los comportamientos de Seguridad del Paciente. *Qual Saf Health Care*. 2010.
 16. D'Amour D, Dubois CA, Tchouaket E, Clarke S, Blais R. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. *Int J Nurs Stud* 2017.
 17. OMS, Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo (Enero de 2009). Disponible en :http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 18. Saura LJ, Lázaro GJ, Jurado JJ. Seguridad del paciente en las consultas de Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC; 2012.
 19. Vincent C. Patient safety. London: Churchill-Livingstone; 2006.
 20. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [revista en Internet] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf> [acceso 08/07/2015]
 21. Germàn BC, Seminario de cuidados y calidad de vida. España 2015.
 22. Gómez RO, Arenas GW, González VL, Garzón SJ, Mateus GE, Soto GA. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia 2011.
 23. ACSNI study group on human factors. Third report: organizing for safety. Sheffield, United Kingdom: Health and Safety Executive; 1994. Disponible en [https://inis.iaea.org/search/](https://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig) search.aspx?orig
 24. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. Disponible en http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii17.full.pdf

25. Josemar B, Elanie DC, Danielli PS. Cultura de seguridad y comunicación sobre errores quirúrgicos desde la perspectiva del equipo de salud. Brasil enero 2019.
26. Calado JA, Santos MM. Cultura de seguridad en los servicios quirúrgicos: estudio de un caso. Portugal 2015.
27. Kusumawati A. Cultura de Seguridad del Paciente y actitud de las enfermeras sobre la notificación de incidentes en Indonesia. Indonesia 2019
28. Alvarado CD, Membrillo PN, Vilcapuma GA. Cultura De Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del hospital Carlos Lan Franco la Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018
29. Martínez CHV. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015
30. Aguilar AA. Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las Enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia ESSALUD Pirua. Febrero 2018.
31. Hernández SR., Fernández CC., Baptista LM. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014. 632 p.
32. Garrido A, Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. 2017
33. Sorra JS, Nieva VF. Encuesta hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente AHRQ. Septiembre de 2004. Disponible en: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSO PSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSO%20PSC.pdf).
34. Gama ZA, Oliveira AC, Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles [Cultura de seguridad del paciente y factores relacionados en una red de hospitales públicos españoles]. Cad Saude Publica. 2013; 29 (2): 283-93. PMID: 23459814.
35. Prieto P. Comité de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Colombia 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n2/v36n2a09.pdf>

36. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
37. Carreño DJ. Consentimiento informado en investigación clínica: Un proceso dinámico. Persona y Bioética [revista en Internet] 2016. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/232/html>

ANEXO A. Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE N°1							
TITULO: Cultura de seguridad del paciente, en el personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de la Clínica Ricardo Palma							
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFICICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativo Escala de medición: Ordinal	Conducta personal o colectiva, que se rigen en valores y creencias presentes, con el fin de disminuir lo menos posible algún daño o lesión que pueda causarse al paciente Garrido 2017.	Conducta personal o colectiva, que se rigen en valores y creencias presentes en el personal de enfermería entre técnicas y licenciadas en enfermería el área de centro quirúrgico.	Resultados de la cultura de seguridad.	Frecuencias de reporte de incidencias de seguridad del paciente.	Grado de Cultura de seguridad del paciente desarrollado por el personal de salud de centro quirúrgico.	Positiva ≥ 75% de respuestas: “de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre” a preguntas formuladas en positivo y en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente” a preguntas formuladas en negativo. Neutra ≥ 50% de respuestas: “indiferente” o “a veces” a preguntas formuladas en positivo o negativo. Negativo ≤ 50% de respuestas:” de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre /siempre” a preguntas formuladas en positivo.
				Trabajo en equipo.	Acciones en conjunto para los mejores intereses del paciente.		
				Comunicación en equipo.	Interacción respetuosa basada en la confianza y la promoción de la responsabilidad compartida, reduciendo errores en beneficio del paciente.		
				Dirección y gestión.	Desarrollo de competencias que permiten mejorar el actuar y resultados en equipo, valorando su suficiencia, disponibilidad y compromiso en mejorar la seguridad para el usuario.		
				Supervisión	Proceso de evaluación q mide y/o verifica lo realizado frente a lo previsto según ciertos patrones, estándares o indicadores.		

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE INTRODUCCION

Reciba un cordial saludo, soy estudiante de enfermería de la Especialidad de Centro Quirúrgico de la Universidad Norbert Wiener, me han otorgado los permisos respectivos de las áreas respectivas, para la ejecución de este cuestionario, con el principal objetivo de conocer el grado de cultura de seguridad del paciente que existe en el personal de enfermería tanto técnicas como licenciadas que laboran en este servicio. Solicito encarecidamente responder de forma verídica todo el cuestionario.

Este cuestionario es de carácter confidencial y anónima, y podremos conocer como estamos referente al tema de cultura de seguridad del paciente para poder implementar nuevas estrategias en las debilidades y afianzar nuestras fortalezas para lograr una atención sanitaria más segura.

DATOS GENERALES:

- a. Instrucción Académica
 - Técnica en Enfermería
 - Licenciada en Enfermería
- b. Especialidad:
 - Centro quirúrgico
 - Otros
- c. Edad:
 - 20-40
 - 40 a mas
- d. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
- e. Tiempo que trabaja en el servicio de centro quirúrgico:
 - 1 año a 3 años
 - 3 años a mas

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario recolecta su percepción, opiniones, sugerencias sobre el tema de seguridad de los pacientes, incidentes y notificaciones de eventos adversos en el área de Centro Quirúrgico. Favor de leer detenidamente cada enunciada y marcar con un aspa (X), la respuesta que usted cree. Se encuentra en Escala de Lickert que van: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo. Así como también: Nunca, Casi Nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1.El personal se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
2.Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
4.En este servicio nos tratamos todos con respeto.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
5.A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
6.Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
7.En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
8.Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
9.Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
19. Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades de la clínica no se coordinan bien entre ellas.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

a los pacientes.					
33. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
34. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
35. Cuando el personal ve algo que puede a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
36. Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
37. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
38. En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
39. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
40. Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
41. Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
42. Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	1	3	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Dale a su servicio una valoración general de seguridad del paciente	EXCELENTE	MUY BUENO	ACEPTABLE	POBRE	MALO

Gracias

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Estimado (a), Ud. esta siendo invitado a participar de este estudio de investigación, pero antes de participar de conocer los siguientes puntos.

Título del proyecto: Cultura de seguridad del paciente, en el personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de la Clínica Ricardo Palma

Nombre de los investigadores principales: QUITO PIZAN YOSSY KAREN

Propósito del estudio: Determinar el grado de cultura de seguridad del paciente desarrollado por el personal de enfermería en centro quirúrgico de la Clínica Ricardo Palma diciembre del 2020

Beneficios por participar: Su servicio conocerá el resultado del grado de cultura de seguridad del paciente que cuenta su personal. Ya que la clínica Ricardo Palma se encamina a prestar servicios de salud seguros.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno.

Costo por participar: Ninguno.

Confidencialidad: altamente confiable, solo el investigador tiene acceso al cuestionario resultado, y los resultados serán publicados de manera plural.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

Firma del Participante