



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL
CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO, LIMA 2020”**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
EN CENTRO QUIRÚRGICO.**

Presentado por:

AUTOR:

ÑACARI ORMEÑO, KENY EDER

ASESORA:

MG. BASTIDAS SOLIS, MIRIAM.

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Con mucho amor para mis amores de toda mi vida: mi adorada esposa Rosa Ruiz y mis hijas Blanca y Lucia fuentes de toda mi inspiración y dedicación.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la universidad Norbert Wiener por la formación que me brindaron y mis docentes que gracias a sus enseñanzas pude lograr el objetivo final y a mi asesora por brindarme lo mejor de su sabiduría, muy agradecidos con cada uno de Uds.

ASESOR (A):
MG. BASTIDAS SOLIS, MIRIAM

JURADOS

PRESIDENTE: DRA. SUSAN HAYDEE GONZALES SALDAÑA

SECRETARIO: MG. MILAGROS LIZBETH UTURUNCO VERA

VOCAL: MG. MARIA ANGELICA FUENTES SILES

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
agradecimiento	iv
Asesor (a):.....	v
Jurados.....	vi
Índice general	vii
Índice de Anexos	¡Error! Marcador no definido.
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MATERIALES Y METODOS	21
2.1 Enfoque y diseño de investigación	21
2.2 Poblacion, muestra y muestreo.....	22
2.3 Variable(s) de estudio	23
2.4 Tecnica e instrumento de medición.....	24
2.5 Procedimiento para recoleccion de datos.....	25
2.6 Metodos de analisis estadístico.....	25
2.7 Aspectos éticos	26
III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
IV. RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS.....	34

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	35
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos.....	37
Anexo C. Consentimiento informado	44

RESUMEN

Objetivo. Será determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020. **Materiales y método.** El siguiente trabajo de investigación será de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, en cuanto al diseño metodológico es una investigación no experimental de corte transversal. La población está constituida por 30 enfermeras y fueron seleccionadas de acuerdo a un muestreo no probabilístico por ser una población finita y teniendo los criterios de inclusión y exclusión planteados en la investigación, un criterio de inclusión es que las Enfermeras tengan vínculo laboral con el Hospital San Juan de Lurigancho en el área de sala de operaciones y recuperación. La técnica a utilizarse en la investigación es la encuesta en la cual se obtendrá datos relevantes para el estudio, se utilizará el instrumento de recolección de datos el “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales versión 2.0” de AHRQ (Agencia para la Investigación y Calidad) el cual está conformado de 40 preguntas y una pregunta abierta las cuales están agrupadas en 8 dimensiones y la gran mayoría de las preguntas están formuladas para respuestas en escala de medición Likert.

Palabras clave: “cultura de seguridad”, “paciente”, “relevantes”, “centro quirúrgico”.

ABSTRACT

Objective. It will determine the level of patient safety culture of the surgical center of Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020. Materials and method. The following research work will be of a quantitative approach, descriptive type, in terms of methodological design it is a non-experimental cross-sectional investigation. The population is made up of 30 nurses and they were selected according to a non-probabilistic sample due to being a finite population and having the inclusion and exclusion criteria proposed in the research, an inclusion criterion is that the Nurses have an employment relationship with the Hospital San Juan de Lurigancho in the operating and recovery room area. The technique to be used in the research is the survey in which relevant data for the study will be obtained, the data collection instrument will be used the "Questionnaire on the safety of patients in hospitals version 2.0" of AHRQ (Agency for the Research and Quality) which is made up of 40 questions and an open question which are grouped into 8 dimensions and the vast majority of the questions are formulated for responses on a Likert scale of measurement.

Keywords: "safety culture", "patient", "relevant", "surgical center".

INTRODUCCIÓN

En el mundo millones de personas reciben atención en los sistemas de salud y durante esta prestación sufren alguna complicación que no está asociado al motivo de ingreso o alguna complicación de su enfermedad, entonces surge la necesidad de que estos daños innecesarios a esta atención sean reducidos a niveles aceptables para evitar que estos riesgos se materialicen y evitar la presencia de eventos adversos estos son elementos esenciales de la seguridad del paciente y la calidad de servicio que es reconocido en el mundo y que forman parte esencial de la cultura de seguridad de las organizaciones de salud (1).

Es importante mencionar que el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de ciencias de los Estados unidos de América, en el 2000, publicó el libro “Errar es humano” con el cual se concluyó que entre 44000 y 98000 mil muertes fueron ocasionados por errores en los procesos hospitalarios en ese país. Esta publicación causó mucho impacto a nivel mundial (2)(3).

La Organización Mundial de la salud (OMS), identificó que el 10% de pacientes que ingresan al área de hospitalización tiende a sufrir algún tipo de daño ya sea que provoque algún daño o discapacidad grave o la muerte y que pudo haberse evitado. La incidencia de los eventos adversos, en los hospitales es de 9.2% de los cuales casi la mitad (43%) se pudieron evitar (4).

Harvard Medical Practice Study (HMPS) en su investigación realizado en 51 hospitales de New York (EEUU) observó un 3.7% como tasa de eventos adversos (con un intervalo de confianza al 95% el cual varia de 3.2% y 4.2%), donde el 27.6% fueron ocasionados por negligencia, el 70% ocasionó discapacidades leves, el 3% ocasionó discapacidades permanentes y por último el 13.6% ocasionaron la muerte evidenciamos el impacto en la cultura de seguridad (5).

En los últimos 10 años se han identificado nuevos daños a la salud del paciente que pueden ser evitados. Los eventos dañinos que pueden considerarse como

inaceptables son: las infecciones, escaras de decúbito, caídas, infecciones urinarias (asociados a catéter), trombo embolismo venoso según NHS (Sistema Nacional de Salud Británico). Por parte del Reino Unido, según el Informe Francis sobre el Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, indicó otros riesgos para los pacientes como la deshidratación, malnutrición y el síndrome confucional. considerados actualmente como problemas de seguridad. Las reacciones adversas a los medicamentos acontecidos extra hospitalariamente, la polimedicación excesiva y el daño producido por el sobre tratamiento también deben ser consideradas, si bien en el pasado sufríamos estos daños y riesgos, ahora cobran mucha atención en este nuevo concepto de seguridad del paciente (6).

En América Latina en el año 2008 se realizó el estudio IBEAS en cinco países y 58 hospitales donde se examinaron 11,555 expedientes en promedio el 10.5% de pacientes sufrieron algún evento adverso relacionado con la asistencia sanitaria relacionados con infección nosocomial o propias de algún procedimiento (7).

En el Perú entre los años 2016 al 2018 la cultura de seguridad del paciente fue medido en diferentes hospitales públicos y privados donde se observó que un 21% de los profesionales de la salud consideró que era muy bueno y hasta excelente el grado de seguridad del paciente en la institución de salud donde labora, esto se pudo observar también en la encuesta del 2016. Comparando esta tasa (21%) con la información obtenida de los profesionales de salud de Colombia, Chile, España, y Estados Unidos con 65%,66%,72%,78% respectivamente, resulta muy alejado de estos valores en función a que en promedio esta 50% por debajo (8) (9) (10).

La problemática en relación con la cultura de seguridad es abordada desde el ámbito internacional, así la OMS promueve que los países fortalezcan los sistemas de salud basado en la seguridad del paciente con la mejor evidencia científica que impacte en la calidad de la atención, cada país debe adoptar los lineamientos de la Alianza

Mundial de la Seguridad del Paciente que reduzca los eventos adversos a fin de afrontar un problema global y que afecta a millones de personas en el mundo (11).

ACSNI (Advisor Committee on the Safety on Nuclear Installations) define a la cultura de Seguridad como una integración de valores individuales y colectivos, percepciones, actitudes, competencias y diversos patrones de comportamiento que en su conjunto definen y delimitan el grado de compromiso, estilo y la forma de gestión de la salud y seguridad de cada organización de salud. Define también a aquellas organizaciones que cuentan con una cultura de seguridad positiva a aquellas que comparten la misma percepción respecto a la importancia de la cultura de seguridad del paciente, alto grado de confianza en sus comunicaciones y en la confianza también de las medidas de prevención de sus organizaciones (12).

El Institute of Medicine de EEUU (IOM), brinda una definición para el concepto de calidad asistencial como la capacidad de incrementar la probabilidad de que los pacientes y la población reciban cuenten con resultados óptimos en su salud en virtud de los servicios de salud recibidos y que además estos resultados sean consistentes con el grado y avance de los conocimientos profesionales en salud del momento (13).

Si bien la práctica clínica puede ocasionar o derivar en la aparición de eventos adversos lo cual está relacionado con la seguridad del paciente, es necesaria la participación conjunta e integral de todo el sistema tales como las acciones planificadas para mejorar el desempeño, la gestión de la seguridad y también los riesgos ambientales, el control de infecciones, el correcto uso de los medicamentos, el óptimo mantenimiento de los equipos y una correcta planificación del entorno e infraestructura donde se brinda la atención de salud (14).

Las soluciones para la seguridad del paciente formuladas por la OMS y citados por Villalonga y otros (26), pone de manifiesto las pautas para eliminar los riesgos y con el propósito de resguardar la seguridad del paciente y de acuerdo a la acreditación y certificación en temas de seguridad en salud, surgen los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente. La importancia de estos objetivos es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente; siendo estos:

1. **Identificar correctamente a los pacientes.** El propósito de este objetivo es identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento y hacer que este coincida con la persona.
2. **Mejorar la comunicación efectiva.** Es importante que la comunicación entre el médico y todos los actores en el proceso de atención, incluyendo a los pacientes como usted, sea segura. Para que la comunicación con su médico sea efectiva, observe si se cumplen los siguientes puntos:
 - Completo** El mensaje que le brinda el personal médico debe contener todos los elementos requeridos.
 - Oportuno** Debe darse en el momento justo.
 - Preciso** El mensaje debe contener lo necesario e indispensable.
 - Inequívoco** Sin errores.
 - Entendible** Debe ser comprensible.
3. **Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.** Para evitar este riesgo, la institución identifica los medicamentos con una etiqueta roja, vigila de manera cuidadosa su aplicación, los guarda en un lugar seguro, restringe su acceso e indica qué personas lo pueden usar.
4. **Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto.** Una cirugía en el lugar y con el procedimiento incorrecto, en un

paciente equivocado, son preocupantes problemas en los hospitales. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, la falta de participación del paciente en el proceso, la ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación, entre otros factores que contribuyen al error de manera frecuente.

5. **Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.** La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica, constituyen un desafío para todos los centros de salud. Los índices de aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

6. **Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas.** Las caídas constituyen un factor importante en las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que se atiende, los servicios que se prestan y la característica de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y en consecuencia, debe tomar medidas para reducir riesgos y lesiones en caso de ocurrir una caída.

Seguridad del paciente significa la disminución o eliminación en la medida de lo posible de los daños a pacientes derivados de los tratamientos efectuados, o de accidentes asociados con los mismos (15).

Sandoval, (2018), en un estudio realizado en Bogotá cuyo objetivo fue la medición de la percepción que se tiene respecto de la cultura de seguridad del paciente, los resultados fueron el 78,70% notificaron los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente y un 86% notificaron los errores que probablemente no le hayan hecho daño al paciente. Concluye que las estrategias implementadas posterior a la medición del año 2016, no existe una mejoría significativa en las áreas consideradas como críticas ni en la percepción del personal frente a las acciones

punitivas derivadas del reporte de eventos. La percepción de seguridad del paciente a nivel global se mantiene en aspectos de trabajo en equipo, pero presenta aún debilidades en dimensiones como la franqueza de la comunicación y en el apoyo percibido por parte de los Directivos (16).

Ortega. (2018) realizó un estudio en Ecuador el cual tenía como título “Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con los factores asociados en los profesionales de enfermería e los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Mosocoso” en el cual participaron 191 enfermeros y donde se observó que el aprendizaje organizacional y mejora continua obtuvo un 84.12% con un intervalo de confianza de 83.86% a 84.38%, el Trabajo en equipo en la unidad o servicio de salud obtuvo un 75.26% con un intervalo de confianza de 75%-75.52%. Encontró también que el clima de seguridad en el equipo de profesionales de enfermería es elevado y que a su vez está asociado con el puesto de trabajo y el nivel de instrucción (17).

Vasco, (2017) llevo a cabo una investigación en la Universidad de Extremadura de España donde encontró que el 85.4% no han reportado evento adverso alguno; adicionalmente, encontró que el 6.75% de colaboradores en el área de enfermería calificaron al clima de seguridad del paciente con un nivel “medio” teniendo el 95.8% de los que participaron en la investigación con un contacto directo con el paciente. Lo que se pudo observar también fue que el trabajo en equipo en la unidad fue la fortaleza y como debilidad manifestaron el apoyo de la gerencia (18).

Izaguirre, (2016), en el estudio que llevo a cabo respecto a la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias se investigó a las enfermeras noveles en unidades médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Donostia (HUD), los eventos adversos que provocan sus atenciones, la notificación de incidentes, y también se investigó la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y también a aquellos factores que tengan relación con la cultura de seguridad. Un 36.8% indicaron que los eventos adversos pudieron deberse a un error en la administración del medicamento.

Y por el contrario, un 63.2% afirmó no haber cometido ningún tipo de error relacionado a la administración de medicamentos. En este estudio, como conclusión, se observó que respecto a la percepción de las enfermeras en relación a la seguridad fue muy positiva en función al rol de la supervisora y las acciones tomadas para asegurar la seguridad del paciente. La percepción también de las enfermeras respecto al trabajo en equipo fue de muy buena; por lo contrario, la baja dotación de personal y el apoyo e la gerencia fue calificado muy negativamente (19).

Nuñez, (2018), en el estudio que llevó a cabo “Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, quedó demostrada como una debilidad a la cultura de seguridad del paciente (44.31%), por lo contrario, se identificó como oportunidad de mejora a la frecuencia de eventos adversos (51.24%) y como debilidad a la percepción global (33.47%). En la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio se identificó como oportunidad de mejora al trabajo en equipo (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), expectativas y acciones de dirección/supervisión de unidades/servicio (53.31%), y feedback y comunicación sobre errores (51.79%) y como como debilidad a las respuestas no punitivas a errores (40.77%), comunicación franca (39.12%), apoyo de la gerencia (34.44%) y dotación del personal (29.96%). A nivel hospitalario se identificaron como debilidad al trabajo en equipo entre unidades (36.57%) problemas relacionados con el cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades (34.09%). Una de las conclusiones de este estudio fue que las enfermeras (el 44.31%) consideraron como debilidad la cultura de seguridad del paciente. Esto llama a la reflexión respecto a los ajustes que deban realizarse en las estrategias de gestión y también a las acciones con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente en el hospital (19).

Gutierrez, (2019), en la investigación que realizó “Sobrecarga laboral y Cultura de Seguridad de paciente en el profesional de salud del Hospital San Juan de Lurigancho”, se observó que el 52.81% de los profesionales de salud cuentan con un nivel medio

de sobrecarga laboral, el 36.7% presentan un nivel alto y un 10.49% presentan un nivel bajo. Respecto a la seguridad del paciente, se observó que un 72.66% cuentan con un nivel aceptable, 10.86% nivel bueno y un 16.48% un nivel pobre. Una de las conclusiones de este estudio es que existe asociación significativa entre Cultura de seguridad del Paciente y la Sobrecarga Laboral (correlación negativa moderada $RHO=-0.611$) (20).

Velasco, (2019) en su estudio respecto a la Cultura de Seguridad del Paciente el cual lleva como título Impresión de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos, se observó que esta impresión de las enfermeras en un hospital nacional de Lima fue muy baja correspondiente a un 78% de los participantes en el estudio (21).

Aguilar, (2018), realizaron un estudio de Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD encontraron los siguientes resultados: 46.5% eventos adversos notificados, 48.3% para dotación de personal, 47.7% con problemas de cambio de turno, 57.4% a la percepción de seguridad y el 61.6% a las expectativas y acciones de la dirección. En general, concluyó que la percepción de la cultura del paciente por parte de las enfermeras del servicio de la medicina y emergencia es negativa pero el gran aporte de esta investigación fue que permitió realizar propuestas de acciones de mejora dirigidas a la seguridad del paciente (22).

Llagas, (2017) en su estudio titulado Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna Golf obtuvo información de que el 2.9% percibió un nivel bajo, un 20% como nivel medio y 77.1% como nivel alto en relación a la cultura de seguridad del paciente; en la clínica Sanna Golf, sobre cultura de seguridad del paciente el 37.1% percibió un nivel bajo, el 60% un nivel medio y el 2.9% indicaron nivel alto. Concluye señalando que hay evidencias estadísticas que muestran diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de

enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 90,500 (23).

Llagas-Farro R. Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017LL Lima, Perú: (Trabajo de Grado/Tesis de Maestría en La cultura de seguridad del paciente es importante debido a que permite guiar acciones para evaluar el impacto que tienen en los sistemas sanitarios los errores durante la atención sanitaria ayuda al desarrollo de estrategias para implementar lineamientos que garanticen un atención segura de los pacientes, a través del reporte de estos eventos, educación continúan todo el equipo de salud involucrado directa e indirectamente en la atención construyendo culturas no punitivas abiertas a la mejora continua (24).

Este estudio se justifica teóricamente porque todo el componente teórico-científico se obtendrá de fuentes indiscutibles a través de citas directas e indirectas de acuerdo al estilo de redacción Vancouver; asimismo, el conjunto de indagación relevante sobre la variable cultura de seguridad del paciente, una vez regulada, formarán parte del campo gnoseológico de la salud; y de esta manera explicar con mayor profundidad todo lo relacionado a la problemática abordada. Finalmente, este conexo teórico será base para la discusión de los resultados. Se justifica de manera práctica ya que todos los beneficios que implica establecer una cultura de seguridad del paciente favorecen la disminución en la presencia de incidentes y eventos adversos mejorando el clima laboral y favoreciendo un entorno de aprendizaje para el personal que brindará cuidados de calidad. En relación con lo metodológico fortalece la línea de investigación de gestión asimismo empleamos la versión V2 de la encuesta de seguridad del paciente de la agencia para la investigación y calidad (AHRQ).

En el contexto, se hace necesario formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020?

¿Cuál es el nivel de seguridad en el área de trabajo del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020?

¿Cuál es el nivel de seguridad brindada por la dirección del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020?

¿Cuál es el nivel de seguridad desde la comunicación en el centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020?

¿Cuál es el nivel de frecuencia de sucesos notificados en el centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020?

¿Cuál es el nivel de seguridad desde la atención primaria en el centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020?

El objetivo de la investigación es determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.

Los objetivos específicos son:

- Determinar el nivel de seguridad en el área de trabajo del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.
- Determinar el nivel de seguridad brindada por la dirección del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.
- Determinar el nivel de seguridad desde la comunicación del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.
- Determinar el nivel de frecuencia de sucesos notificados en el centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.
- Determinar el nivel de seguridad desde la atención primaria en el quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo descriptivo; en ese sentido, Damián señala que los estudios descriptivos intentan brindar y mostrar las propiedades, características, cualidades externas e internas, rasgos esenciales de fenómenos, propiedades o eventos reales sometidos a un determinado análisis, científicamente este tipo de estudio selecciona datos o cuestiones y los mide independientemente para luego describir la situación estudiada (25).

Esta investigación responde al diseño no experimental, al respecto, Damián señaló: Es no experimental porque está basado en categorías, variables, conceptos, sucesos, comunidades o contextos que suceden sin la participación o intervención directa del investigador. En una investigación no experimental, los fenómenos y acontecimientos se observan en su entorno natural, es la fotografía del momento, para después analizarlos; es decir, no se intenta construir alguna situación más bien se observan las que ya existen. Este tipo de diseño no permite la manipulación intencionada de las variables; además, no admite grupos ni de experimentación, ni de control. En este diseño, el estudio analiza la situación o realidad tal como se encuentra en el contexto dado (25).

Esta investigación es transversal o transeccional porque capturan datos en un solo momento del tiempo con el objetivo de describir las variables en estudio y analizar su interrelación e incidencia en un momento específico. Se puede concebir como la toma de una fotografía en un momento específico (25).

2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

2.2.1. Población:

La población en estudio fue constituida por el personal de enfermería del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020 en un total de 30 enfermeros. La selección tuvo consideraciones en función a criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Enfermeras que tengan vínculo laboral con el Hospital San Juan de Lurigancho en el área de sala de operaciones y recuperación.

Criterios de exclusión

- Enfermeras que no laboren en el Hospital San Juan de Lurigancho en el área de sala de operaciones y recuperación.
- Enfermeras que estén haciendo uso de sus vacaciones o licencia.

Al respecto, Carrasco señaló: “Es el conjunto de todos los elementos (unidades de análisis) que pertenecen al ámbito espacial donde se desarrolla el trabajo de investigación” (46).

2.2.2. Muestra:

La muestra será constituida por toda la población.

2.2.3. Muestreo:

El muestreo será no probabilístico, al respecto, Damián señaló:

Es el muestreo que selecciona las muestras sin el rigor científico; en ese sentido, muchos de los elementos que forman parte de la población son también seleccionados

para formar la muestra; en este tipo de muestreo el investigador a su juicio escoge a quiénes y cuántos investigar, ya sea por conveniencia o dificultad escoge la muestra para recoger los datos (25).

2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO

La variable principal de este estudio es La Seguridad del Paciente la cual, por su naturaleza, es una variable de tipo cualitativa y su escala de medición es ordinal.

Definición conceptual de variable principal: fue definida por el ACSNI (Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations): "La cultura de seguridad de una organización es el producto de valores individuales y del grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, estilo y habilidad en la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de la seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, por percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas de prevención" (12).

Definición operacional de variable principal:

Se define a la Cultura de Seguridad del paciente como una variable que expresa la forma en que una organización de salud contribuye en asegurar una correcta y positiva atención de salud a sus pacientes producto de la concepción grupal o individual de percepciones, conductas y comportamiento de sus integrantes.

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica adecuada para la recolección de datos es la encuesta la cual nos brindará los datos necesarios de forma óptima y eficaz (20) (21).

Para medir la cultura de seguridad del paciente se utilizará el “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales versión 2.0” de AHRQ (Agencia para la Investigación y Calidad) el cual está conformado de 40 preguntas y una pregunta abierta las cuales están agrupadas en 8 dimensiones y la gran mayoría de las preguntas están formuladas para respuestas en escala de medición Likert (26).

Las dimensiones que conforman esta encuesta son:

- a. Su unidad/área de trabajo
- b. Su supervisor, director o jefe clínico
- c. Comunicación
- d. Reportar eventos de seguridad del paciente
- e. Calificación de la seguridad del paciente
- f. Su hospital
- g. Preguntas generales
- h. Sus comentarios

La Agencia para la investigación y Calidad (AHRQ) compartió en el 2004 las encuestas sobre la Seguridad del Paciente Cultura TM (SOP [®]) con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en hospitales. A partir de entonces, muchos hospitales (miles) en Estados Unidos de Norte América y fuera de él, implementaron dicha encuesta en sus organizaciones. AHRQ renovó esta encuesta en el 2019 con una nueva versión “SOPS Hospital Survey 2.0 (26).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Este proceso se llevará a cabo primero redactando una carta de presentación a nombre de la universidad y con ella nos presentaremos ante el hospital y así poder obtener los datos que requerimos para la presente investigación. Luego de la presentación solicitaremos la designación de un colaborador del hospital para que nos oriente en todo lo necesario para poder llegar correcta y oportunamente a las instalaciones del hospital y también nos ayude gestionando una identificación durante la captura de los datos.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La captura de los datos se realizará durante la primera quincena del mes de diciembre del 2020 a razón de 3 veces por semana considerando al menos un sábado y un domingo. Antes de la ejecución de la encuesta se realizará una pequeña capacitación a manera de refuerzo y poder evitar cualquier duda en el momento de la aplicación de la encuesta. Si al culminar el periodo de encuesta no se completó de encuestar a toda la población objetivo entonces se coordinará con el representante designado por el hospital para ampliar el periodo.

1.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Una vez terminada la etapa de aplicación del instrumento de recolección de datos, ésta se tabulará en el software estadístico IBM SPSS STATISTICS Versión 24.

Con la información ingresada se realizará un trabajo de calidad de datos definiendo si es necesario aplicar alguna técnica de imputación o re aplicación de la encuesta.

Luego de la etapa de ingreso y validación de la calidad de los datos ingresados, se realizará un análisis de corte descriptivo y de ser el caso se revisará, algunas correlaciones si se considera necesario pero la principal técnica de visualización de la información será mediante tablas y gráficos estadísticos.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación tendrá en consideración la protección de los que participarán en esta investigación y los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (27) (28).

El consentimiento informado también estará considerado antes de aplicar el instrumento de captura de datos brindando información clara, precisa y oportuna a cada participante (29).

Principio de autonomía

Al momento de abordar al enfermero en el momento de la encuesta, se respetará sus opiniones y su decisión de participar en la investigación. Se le realizará una pequeña presentación del estudio a realizar y compartirle la importancia de su participación. Se le solicitará su consentimiento informado para mantener el rigor establecido en esta investigación científica.

Principio de beneficencia

A los enfermeros y enfermeras se les explicará la importancia y los beneficios directos e indirectos que podrían obtenerse con el resultado que se obtendrá luego del análisis de los datos que nos brinden. Asimismo, la información obtenida enriquecerá el ámbito profesional y formativo al cuerpo de profesionales de la salud ya que brindará una visión más amplia y actualizada sobre la seguridad del paciente.

Principio de no maleficencia

Se comunicará a cada enfermero y enfermera que participará en este estudio que no obtendrá ningún riesgo a su salud ni a su integridad tanto individual como en su entorno más cercano.

Principio de justicia

Todos los enfermeros y enfermeras serán tratados con cordialidad y respeto y sin ningún tipo de discriminación ni preferencias.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2021																				
	ABRIL				MAYO				JUNIO				SETIEMBRE				OCTUBRE				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Identificación del Problema			X	X																	
Búsqueda bibliográfica			X	X	X	X	X	X													
Elaboración de la sección introducción:Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			X	X	X	X	X	X													
Elaboración de la sección introducción: Importancia y justificación de la investigación			X	X	X	X	X	X													
Elaboración de la sección introducción:Objetivos de la de la investigación			X	X	X	X	X	X	X												
Elaboración de la sección material y métodos: Enfoque y diseño de investigación			X	X	X	X	X	X	X	X											
Elaboración de la sección material y métodos: Población, muestra y muestreo				X	X	X	X	X	X	X											
Elaboración de la sección material y métodos: Técnicas e instrumentos derecolección de datos					X	X	X	X	X	X											
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos						X	X	X	X	X											
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información							X	X	X	X											
Elaboración de aspectos administrativos delestudio							X	X	X												
Elaboración de los anexos							X	X	X												
Aprobación del proyecto									X	X											
Trabajo de campo										X	X	X	X	X	X						
Redacción del informe final: Versión 1											X	X	X	X	X	X	X				
Sustentación de informe final																		X	X		

RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2021				TOTAL
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	S/.
Equipos					
1 laptop	1000				1000
USB	30				30
Útiles de escritorio					
Lapiceros	3				3
Hojas bond A4		10			10
Material Bibliográfico					
Libros	60	60			120
Fotocopias	30	30		10	70
Impresiones	50	10		30	90
Espiralado	7	10		10	27
Otros					
Movilidad	50	20	20	20	110
Alimentos	50	10			60
Llamadas	50	20	10		80
Servicios					
Servicio de desarrollo y soporte de la aplicación y data especializada (app de Survey Monkey para encuestas en línea vía móvil y correo electrónico)	90	90	90	90	360
Servicio de consultoría para el procesamiento y análisis estadístico de datos en Stata 16,1 (StataCorp LP, College Station, TX, EEUU.).	575	575	575	575	2,300
Imprevistos*		100		100	200
TOTAL					4460

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Research for patient safety: better knowledge for safer care. 2008; 20. Disponible em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf>. Acceso em: 08/057 2012. [Links]
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS editors. To err is human: building a safer health system. National Academies Press (US). Washington (DC); 2000.
3. Leape L, Berwick D. Five years after To Err is Human: what have we learned?. JAMA. 2005; 293 (19): 2384-2390.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Seguridad del paciente. 2016 setiembre;(1-23).
5. Brennan T, Leape L, Laird N. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. Qual Health. 2004; 13(145-152).
6. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura España: Fundación Española de calidad Asistencial (FECA); 2015.
7. Gómez-Ramírez O, Arenas-Gutiérrez W, González-Vega L, Garzón-Salamanca J, Mateus-Galeano E, Soto-Gómez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia Enfermería. 2011 marzo; 3(97-111).
8. Arrieta A, Qamar A, Hakim G, Carrasco B, Schweizer G, Tobar MF, et al. Patient safety culture in hospitals of Colombia, Chile, and Peru 2019 [Internet]. Florida:

Florida International University; 2019 [citado el 08 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://hma.fiu.edu/seguridad/> [Links]

9. Saturno P, Da Silva Gama SA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, Castillo C, López MJ, Ramón T, et al. Análisis de la cultura sobre la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Suppl 3):18-25. [Links]
10. Famolaro T, Yount N, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L, et al. Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018. [Links].
11. Ramírez O, Gámez A, Gutiérrez A, Salamanca J, Vega A, Galeano M. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Rev. Avances de Enfermería*. 2011; 29(2).
12. Health and Safety Commission (GB). Organising for safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations). Study Group on Human Factors. HSE Books. Sudbury, England; 1993.
13. Rocco C. y Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Méd Clínic Las Condes*. 2017 mayo; 28(785-795). https://www.who.int/topics/patient_safety/es/.
14. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
15. Burbano-Sandoval A, Romero-Rangel A, Romero-Cupajita L, Ramos-Convers-Marfry. Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia Bogotá, Colombia: (Trabajo de

Grado/Tesis de Maestría en gerencia de la Calidad en Servicios de Salud). Pontificia Universidad Javeriana; 2018.

16. Ortega L. Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con factores asociados en los profesionales de enfermería de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador 2016 Cuenca,Ecuador: (Trabajo de Grado/Tesis de Maestría en Investigación de la Salud).Universidad de Cuenca.Ecuador; 2018.
17. Jiménez-Torres V, Climente-Martí M. Calidad farmacoterapéutica y seguridad del paciente: bases metodológicas Valencia,España: Universitat de València; 2011.
18. Vasco-González I. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente Mérida, España: (Trabajo de Grado/Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura.Mérida España.; 2017.
19. Núñez-Samaniego E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018 Chiclayo,Perú: (Trabajo de Grado/Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.Chiclayo; 2020.
20. Velasco S. Cultura de seguridad del paciente: Impresión de la enfermera en la Lima,Perú: (Trabajo de Grado/Tesis de Segunda Especialidad en Enfermería).Universidad Peruana Unión.Lima,Perú; 2019.
21. Aguilar A. Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras Piura,Perú: (Trabajo de Grado/Tesis de licenciatura).Universidad Nacional de Piura.Piura,Perú; 2018.

22. Llagas-Farro R. Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017LL Lima, Perú: (Trabajo de Grado/Tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud). Universidad César Vallejo. Lima; 2017.
23. Gómez-Ramírez O, Arenas-Gutiérrez W, González-Vega L, Garzón-Salamanca J, Mateus-Galeano E, Soto-Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia Enfermería*. 2011 marzo; 3(97-111).
24. Damián-Chumbe F. Metodología de la Investigación Científica: Estrategias para desarrollar estudios de investigación Lima, Perú: UMBALA INK. Dava Network E.I.R.L.; 2020.
25. Villalonga N, Hidalgo W, Díaz S, Mansilla C, Stremel J. Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. Intervenciones de Enfermería en la mejora en la atención del niño internado. *Columna de Enfermería*. 2019 Setiembre; XXVI N° 3(304-310).

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020	Tipo de variable Cualitativa	Se define a la cultura de Seguridad como una integración de valores individuales y colectivos,	Se entienda como Cultura de Seguridad del paciente como una variable que expresa la forma en que una organización de salud contribuye en asegurar una correcta y positiva atención de salud a sus pacientes producto de la concepción grupal o individual de percepciones, conductas y comportamiento de sus integrantes.	Su unidad/área de trabajo	- Identificar el nivel de la cultura de seguridad el área como equipo	14 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8,9,10,11,12,13,14)	Cultura de seguridad del área (Muy Deficiente - Regular - Eficiente - Muy eficiente)	Nivel de cultura muy deficiente de 1 a 14 puntuaciones, de 15 a 28 -deficiente; de 29 a 42 regular; de 43 al 56 eficiente y de 57 a 70 muy eficiente.
	Escala de medición: Ordinal	de percepciones, actitudes, competencias y diversos patrones de comportamiento que en su conjunto definen y delimitan el grado de compromiso, estilo y la forma de gestión de la salud y seguridad de cada organización de salud. (12).		Su supervisor, director o jefe clínico	- Información sobre la aceptación del concepto de seguridad del paciente por el jefe inmediato superior	3 (1, 2, 3,)	Cultura de seguridad del supervisor/jefe (Muy Deficiente - Regular - Eficiente - Muy eficiente)	En cuanto al supervisor del director o jefe clínico: de 1 a 3 puntuaciones muy deficiente; de 4 a 6, -deficiente; de 7 a 9, regular; de 10 a 12, eficiente y de 13 al 15, muy eficiente.
				Comunicación	- Identificación de la forma de la comunicación de los temas referidos a Seguridad del paciente	7 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)	Retroalimentación (Muy Deficiente - Regular - Eficiente - Muy eficiente)	En cuanto a la comunicación: de 1 a 7 puntuaciones deficiente; de 8 a 14 deficiente; de 15 a 21, regular; de 22 a 28, eficiente y de 29 a 35, muy eficiente.
				Reportar eventos de seguridad del paciente	- Cantidad de eventos adversos reportados en últimos 12 meses	3 (1, 2, 3,)	Nivel de frecuencia en el reporte de errores. (Muy Deficiente - Regular - Eficiente - Muy eficiente)	En cuanto al reporte de cantidad de eventos: de 1 a 3 puntuaciones muy deficiente; de 4 a 6, -deficiente; de 7 a 9, regular; de 10 a 12, eficiente y de 13 al 15, muy eficiente.

Calificación de la seguridad del paciente	– Nivel de la seguridad del paciente en el área de trabajo	1 (1)	Calificación de Seguridad al paciente (Muy deficiente – Deficiente – Regular – Eficiente – Muy eficiente - Muy eficiente)
Su hospital	– Información sobre la aceptación del concepto de seguridad del paciente en el hospital	6 (1, 2, 3, 4, 5, 6)	Cultura de seguridad (Muy deficiente – Deficiente – Regular – Eficiente - Muy eficiente) En cuanto a la cultura de seguridad en tu hospital: de 1 a 6 puntuaciones muy deficiente; de 7 a 12, regular – Eficiente; de 13 a 18, regular; de 19 a 24, eficiente y de 25 al 30, muy eficiente.
Preguntas generales	– Perfil del colaborador en la investigación	4 (1, 2, 3, 4)	Perfil del encuestado en función a su relación laboral con el hospital
Sus comentarios	– Pregunta abierta para complementar análisis	SN	Pregunta de respuesta abierta

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla “No aplica o No sabe.”

- **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.
- Un **“evento de seguridad del paciente”** se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

Enfermería

- 1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas in inglés)
- 3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería
- 4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas in inglés)

Médico

- 5 Asistente médico
- 6 Residente, Interno
- 7 Médico

Otro cargo clínico

- 8 Dietista
- 9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico
- 10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- 11 Psicólogo
- 12 Terapeuta Respiratorio

Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo

- 15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general
- 16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

Apoyo

- 17 Mantenimiento de instalaciones
- 18 Personal de alimentación
- 19 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- 20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 21 Seguridad
- 22 Transporte
- 23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina

Otro

- 24 Otro, por favor, especifique:

- 13 Trabajador social
- 14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

Su unidad/área de trabajo

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital?

Marque UNA respuesta.

Varias unidades, ninguna unidad específica

- 1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

Unidades médicas/quirúrgicas

- 2 Unidad médica/quirúrgica combinada
- 3 Unidad médica (no quirúrgica)
- 4 Unidad quirúrgica

Unidades de cuidado de pacientes

- 5 Cardiología
- 6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve
- 7 Gastroenterología
- 8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)
- 9 Partos, Obstetricia y Ginecología
- 10 Oncología, Hematología
- 11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))
- 12 Psiquiatría, Salud conductual
- 13 Neumología
- 14 Rehabilitación/Medicina física
- 15 Telemetría

Servicios quirúrgicos

- 16 Anestesiología
- 17 Endoscopia, Colonoscopia
- 18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op

Servicios clínicos

- 19 Patología/Laboratorio
- 20 Farmacia
- 21 Radiología/Imágenes
- 22 Terapia respiratoria
- 23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta

Administración/Dirección

- 24 Administración, Dirección
- 25 Servicios financieros, Facturación
- 26 Recursos humanos, Capacitación
- 27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes

Servicios de apoyo

- 29 Admisiones/Registro
- 30 Personal de alimentación
- 31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones
- 32 Servicios de seguridad
- 33 Transporte

Otro

- 34 Otro, por favor, especifique:

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerd o ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Cuando <u>se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando un error afecta al paciente y <u>pudo haberle causado daño, pero no fue así</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?
- a. Ninguno
 - b. 1 a 2
 - c. 3 a 5
 - d. 6 a 10
 - e. 11 o más

SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN F: Su hospital

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

Piense en su hospital:	Muy en desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

información clave sobre el cuidado del
paciente.....

SECCIÓN G: Preguntas generales

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?**

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

2. **En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?**

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

3. **Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?**

- a. Menos de 30 horas a la semana
- b. De 30 a 40 horas a la semana
- c. Más de 40 horas a la semana

4. **En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?**

- a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

SECCIÓN H: Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario.

Anexo C. Consentimiento informado
CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.

Nombre de los investigadores principales:

ÑACARI ORMEÑO, KENY EDER

Propósito del estudio: Describir el nivel de cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente del centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2020, asimismo, servirle para mejorar la cultura de seguridad del paciente y mejorar el desempeño profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al, Presidente del Comité de Ética de la, ubicada en la 4, correo electrónico:

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.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, de 202....

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

.....
Firma del participante