



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN  
TRABAJADORES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL SAN JOSÉ CALLAO 2017**

PRESENTADA POR  
**JAVIER AUGUSTO DIAZ MARCOS**

ASESOR  
**PAÚL FERNANDO CUELLAR VILLANUEVA**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE  
SERVICIOS DE SALUD**

**LIMA – PERÚ**

**2018**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SECCIÓN DE POSGRADO**

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRABAJADORES  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
HOSPITAL SAN JOSÉ CALLAO 2017**

**TESIS**

**PARA OPTAR**

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE  
SALUD**

**PRESENTADA POR**

**JAVIER AUGUSTO DIAZ MARCOS**

**ASESOR**

**MTRO. PAÚL FERNANDO CUELLAR VILLANUEVA**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## **JURADO**

**Presidente:** Carlos Alfonso Bada Mancilla, doctor en Medicina

**Miembro:** Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi, maestro en Executive Master Of  
Business Administration

**Miembro:** Yenka Magdalena La Rosa Schreier, maestra en Gerencia de  
Servicios de Salud

A todos los profesionales de la salud, que al igual que yo, escogieron esta noble profesión para servir a quienes sufren una alteración en su estado de salud, tanto físico como mental.

Este pequeño, pero significativo aporte, nace no solo de una inquietud, sino de las experiencias vividas y compartidas durante la ocurrencia de innumerables eventos que han marcado la historia de la salud en el Perú y que han perjudicado, directa o indirectamente, a miles de pacientes, por lo que, en alguna medida, el profesional de la salud, se verá involucrado

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por la vida, fuerza espiritual y sabiduría suficiente que me da para realizar y concluir este trabajo con esfuerzo y perseverancia.

A mis padres, hermana y novia, quienes sacrificaron muchos momentos y fechas especiales para formar parte de este proyecto, al apoyarme incondicionalmente, para alcanzar la presente meta.

A mi Alma Mater, que es la universidad; a mis maestros, por los sabios consejos y orientación, que me han inculcado, a lo largo de mi vida profesional; a mis asesores de tesis, docentes ejemplares con buen sentido del deber y de la ética profesional, excelentes amigos, compañeros, pero sobre todo con una alta sensibilidad humana.

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, aportaron positivamente para el desarrollo de la presente investigación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	viii
<b>Abstract</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Bases teóricas	14
1.3 Definición de términos básicos	27
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	29
2.1 Formulación de la hipótesis	29
2.2 Variables y su operacionalización	29
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	32
3.1 Tipo y diseño	32
3.2 Diseño muestral	32
3.3 Procedimientos de recolección de datos	33

3.4 Procesamiento y análisis de los datos	37
3.5 Aspectos éticos	38
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	39
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	48
<b>CONCLUSIONES</b>	55
<b>RECOMENDACIONES</b>	58
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	61
<b>ANEXOS</b>	
1. Instrumento de recolección de datos	
2. Consentimiento informado	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	42
Tabla 2. Características laborales	44
Tabla 3. Resultados de la cultura de seguridad (Ítems)	45
Tabla 4. Resultados de la cultura de seguridad a nivel de unidad/ servicio (Ítems)	46
Tabla 5. Resultados de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (Ítems)	47
Tabla 6. Resultados de la cultura de seguridad (dimensiones)	48
Tabla 7. Resultados de la cultura de seguridad a nivel de unidad/ servicio (dimensiones)	49
Tabla 8. Resultados de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (dimensiones)	50
Tabla 9. Eventos adversos	50

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017.

**Metodología:** Trabajo no experimental, descriptivo, prospectivo, cuantitativo, de corte transversal. Se estudió a todo el personal de salud de la UCI del hospital, que laboraron, como mínimo, seis meses.

**Resultados:** Indicaron una edad promedio de  $39.3 \pm 4$  años, el 66.7% fueron mujeres. Todos recibieron capacitación en seguridad del paciente. El 60% trabajaba en el turno diurno; el 73.3%, de 3 a 5 años en la institución; el 53.3% de 3 a 4, en el servicio de UCI y todos por 150 horas al mes. La frecuencia de eventos notificados (100% de respuestas positivas), expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (95%), aprendizaje organizacional/mejora continua (98%), trabajo en equipo en la unidad/servicio (82%), franqueza en la comunicación (78%), y *feedback* y comunicación sobre errores (100%) fueron las fortalezas; la percepción de seguridad (55% de respuestas negativas), dotación de personal (82%) y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (76%), las oportunidades de mejora.

**Conclusiones:** Las fortalezas de esta unidad son frecuencia de eventos notificados, expectativas y acciones de la unidad/servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la unidad/servicio, franqueza en la comunicación, y *feedback* y comunicación sobre errores; las oportunidades de mejora son percepción de seguridad, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Cultura de seguridad del paciente, fortalezas, oportunidades de mejora, unidad de cuidados intensivos.

## ABSTRACT

**Objective:** Was to know the safety culture of the patient according to the health personnel of the Intensive Care Unit of the Hospital San José Callao 2017.

**Methodology:** The research was non-experimental, descriptive, prospective, quantitative, cross-sectional research. All the health personnel of the ICU of the hospital who worked for at least six months in the unit were studied.

**Results:** These were obtained as mean age was  $39.3 \pm 4$  years, 66.7% were women. All were trained in patient safety. 60% worked on the day shift; 73.3% from 3 to 5 years institution; 53.3% from 3 to 4 years the ICU service and all for 150 hours a month. Frequency of reported events (100% positive responses), expectations and actions of the Unit / Service that favor security (95%), organizational learning / continuous improvement (98%), team work in the unit / service (82%), openness in communication (78%) and feed-back and error communication (100%) were identified as strengths. Perception of security (55% of negative responses), staffing (82%) and support of hospital management in patient safety (76%) were identified as opportunities for improvement.

**Conclusions:** The strengths of the Intensive Care Unit of the Hospital San José del Callao are: Frequency of reported events, Expectations and actions of the Unit/ Service that favor the security, organizational learning / continuous improvement, teamwork in the unit / service, openness in communication and feed-back and communication about errors; and the opportunities for improvement are: perception of safety, staffing and support of hospital management in patient safety.

**Keywords:** Patient safety culture, strengths, opportunities for improvement, intensive care unit.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es considerada por diferentes organizaciones como un problema grave de salud pública con repercusiones a nivel mundial, afectando a países desarrollados y en vías de desarrollo y produciéndose en todos los niveles de atención, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó con otros líderes mundiales de salud una Alianza Internacional para la seguridad del paciente con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención sanitaria.<sup>(1)</sup> En este sentido, la evaluación de la cultura de la seguridad del paciente se ha convertido en un tópico obligatorio que logra la retroalimentación de los sistemas de salud, brindando la posibilidad de implementar mejoras basadas en la especificación de problemas; en la cultura de la seguridad del paciente se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo representando la esencia de las organizaciones<sup>(2)</sup>.

El mantener una cultura positiva de seguridad del paciente ayuda a prevenir la aparición de eventos adversos e incidentes, buscando el origen de estos y modificando los procedimientos que permiten aprender de los errores evitando su reaparición. Es así que la OMS señala que la cultura de seguridad del paciente es la primera de las buenas prácticas para mejorar su seguridad <sup>(3),(4)</sup>. En este contexto, se han planteado, como guía internacional, los objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG), conforme a los requisitos para la implementación de los estándares internacionales para todas las organizaciones

acreditadas por la Joint Commission International (JCI);<sup>(5)</sup> por otro lado, en España en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, edición 2010, estableció que uno de los objetivos de la estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes era promover y desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de asistencia sanitaria <sup>(6)</sup>.

En el ámbito latinoamericano, la seguridad del paciente es un tema de gran interés; así lo demuestra el desarrollo del Proyecto Ibeas que fue el resultado de la colaboración entre la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de seguridad del paciente, se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente <sup>(7)</sup>, en general se puede mencionar que tanto en los países desarrollados y en vías de desarrollo los errores en la atención sanitaria se cometen a diario tanto en el área asistencial como administrativa, generando eventos adversos permanente o letales a los usuarios, siendo uno de estos y el más representativo las infecciones intrahospitalarias<sup>(8),(9)</sup>.

A nivel institucional, los problemas de seguridad del paciente deficiente y los eventos adversos parecen no ser ajenos al Hospital San José del Callao. Los ambientes presentan algunos niveles de hacinamiento y condiciones poco higiénicas para los enfermos, lo cual se agrava con la falta de ventilación. Los trabajadores regularmente se quejan de que es crónica la carencia de medios de protección o bioseguridad y que solo después de muchos reclamos se entregan

mascarillas y guantes para protegerse. Estos problemas sin duda afectan la seguridad de los pacientes y por ende la calidad del servicio que se ofrece. Ante esta realidad la presente investigación pretende determinar el grado de seguridad del paciente en los trabajadores y la presencia de eventos adversos en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao, para obtener alternativas que sirvan para mejorar dicha situación, además de lograr el compromiso por parte de los directivos de dicho nosocomio a mejorar las condiciones de atención en salud involucrando a todos los usuarios internos de dicha institución, viéndose reflejado en el mejoramiento de la política de seguridad del paciente.

La presente investigación servirá como fuente de información para todo el personal sanitario y no sanitario con la finalidad de que puedan conocer la realidad en la que se encuentran laborando y las repercusiones personales y sociales que puedan tener; ante el conocimiento de dichas repercusiones las jefaturas de cada área laboral podrán tomar las medidas que sean necesarias para mejorar la cultura de seguridad del paciente, pudiendo ser una de estas, capacitaciones continuas dirigidas a todo su personal; por otro lado, las autoridades del Hospital San José del Callao, al conocer la realidad nosocomial en relación a la cultura de seguridad del paciente, podría incorporar nuevos enfoques y/o estrategias sanitarias que se alineen con la cultura de seguridad del paciente para brindar una mejor calidad de servicio y se evite la aparición de eventos adversos, los principales beneficiados son los usuarios externos y sus familiares; por otro lado, se colocará a disposición de la comunidad científica nuevos instrumentos válidos y confiables para la evaluación de la cultura de

seguridad del paciente en los diversos nosocomios a nivel local y posiblemente nacional; además de poder ser considerado como base para la realización de futuras investigaciones.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

Pinheiro M y Da Silva J, en el año 2017, publicaron en Brasil un estudio cuyo objetivo fue conocer los resultados de la evaluación que se les realizó a los trabajadores de enfermería con respecto a la seguridad del paciente, para ello se efectuó un estudio descriptivo, cuantitativo; como principales resultados, se obtuvo que el 88.6% de los profesionales manifestaron tener una relación directa con los pacientes en el ejercicio de sus funciones; el 72.2% del personal, haber acudido a alguna capacitación acerca de la seguridad del paciente, los profesionales reconocieron que la dirección no prioriza la seguridad del paciente, lo que demuestra la falta de interés de los gestores, no existe un buen dialogo entre las unidades o servicios, existe una deficiencia en la dimensión del trabajo en equipo dentro de las unidades; por ello se concluyó que los profesionales no reconocen que los gestores prioricen las cuestiones en seguridad del paciente <sup>(10)</sup>.

Giménez T et al., en España, en el año 2017, realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la cultura que tenían el personal directivo y gestores con respecto a la seguridad del paciente, para ello se realizó un estudio descriptivo y transversal, como principales resultados se obtuvo que, en cuanto a la seguridad del paciente, los principales problemas fueron las infecciones intrahospitalarias, uso de medicamentos, identificación correcta del paciente, diálogo y comunicación, trabajo en equipo y comportamiento adquirido, la mayoría de los entrevistados coincidieron que la prioridad es el paciente, pero que se considera más en la forma teórica que en la práctica, las organizaciones que intervienen en

la seguridad del paciente fueron las sociedades científicas, las sindicales y las universidades, las líneas estratégicas consideradas y desarrolladas fueron caídas e infecciones intrahospitalarias, prevención de úlceras por presión, el uso seguro de medicamentos y la cirugía segura; por ello, se concluyó que el estudio recopiló la percepción de los directivos sobre la cultura de seguridad del paciente, el cual es el principal motivo para la mejora de la cultura de seguridad del paciente en este colectivo y en la organización que dirigen<sup>(11)</sup>.

Portela M, Bugarín R y Rodríguez M, en España, en el año 2017, realizaron un estudio con la finalidad de determinar la percepción que tienen los médicos residentes sobre las diferentes dimensiones de la seguridad del paciente, para ello realizaron un estudio descriptivo y transversal, cuya muestra estuvo conformada por 182 médicos residentes a quienes se les realizó una encuesta tipo Likert, los resultados demostraron que hubo mayor participación de profesionales mujeres en comparación con los varones (84.6% y 15.4% respectivamente), el intervalo de edad de mayor frecuencia entre los profesionales fue de 26 a 28 años (51.1%); la puntuación global media para la seguridad del paciente fue de 3.28 (IC 95% 3.15 a 3.40), la dimensión de mayor puntuación media fue de “trabajo en equipo” 3.92 (IC 95% 3.81-4.03), mientras que la puntuación con menor puntuación media fue “ritmo y carga de trabajo” 2.62 (IC 95% 2.48-2.77), según el sexo de los profesionales tanto varones como mujeres otorgaron puntuación altas a la mayoría de las dimensiones con excepción de “ritmo y carga de trabajo”, según la edad de los profesionales obtuvieron mayor puntuación los más jóvenes siendo precedidos por los menores de 25 años de edad. Concluyeron que es necesario brindar conocimientos

básicos sobre cultura de seguridad del paciente en el proceso docente entre los profesionales en formación <sup>(12)</sup>.

Mir R, Falco A y De la Puente M, en España ejecutaron un estudio con el objetivo de describir las actitudes de los trabajadores frente a la cultura de la seguridad y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales, los principales resultados fueron la dimensión de trabajo en equipo en el servicio se consideró como fortaleza ya que tuvo el 77.79% de positivismo a diferencia de la dimensión dotación de personal que se tomó como mejora ya que tuvo el 59.6% de negatividad, la manifestación de incidentes en el último año, fueron a favor de los profesionales de enfermería y la dimensión de comunicación sobre errores estuvieron a favor de los auxiliares de enfermería, en las unidades de hospitalización ocurrieron algún tipo de accidente en el 59.1%, en las áreas ambulatorias ocurrieron en un 47.8%, en urgencias y unidad de cuidados intensivos ocurrieron en un 41.5% y en el área de obstetricia ocurrió en un 20.6%, por ello se concluyó que el estudio permitió medir la cultura de seguridad, la cual mejorará el seguimiento y dirigirá las estrategias para la mejora de las deficiencias y reforzamiento de las potencialidades <sup>(13)</sup>.

Sánchez F y López J, en España, en el año 2015, publicaron una investigación con el propósito de conocer la frecuencia de comportamientos y actitudes asociados con la seguridad del paciente en los profesionales extrahospitalarios de hemodiálisis por medio del análisis de sus diferentes dimensiones, para ello realizaron una estudio descriptivo, transversal, donde utilizaron el cuestionario Hospital Survey on patient Safety Culture de la AHRQ para poder medir la

seguridad del paciente, repartieron 134 cuestionarios a diversos profesionales de seis centros, los resultados demostraron que el 91.4% de las respuestas eran excelente o muy bueno el grado de seguridad del paciente, 90% manifestó no haber reportado ningún evento adverso, el 76.7% de las respuestas fueron positivas para la dirección de la supervisión por favorecer la seguridad, y el 73.8% de las respuestas también fueron positivas para el equipo de la unidad en estudio, pero el 25.8% de las respuestas que fueron negativas fueron para la dotación de personal, no se encontraron diferencias significativa entre la experiencia o la antigüedad de los profesionales, según el personal profesional se encontraron mayores respuestas positivas en el de enfermería en comparación con los otros. Concluyeron que hubo mayor cultura de seguridad de paciente en centros extra hospitalarios de hemodiálisis en comparación con hospitales del Sistema Nacional de Salud <sup>(14)</sup>.

Pérez J et al., en México, en el año 2014, publicaron una investigación cuyo objetivo fue identificar la causa de los errores que se dan en los procedimientos médicos y de las instituciones sanitarias, para ello se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, como principales resultados se obtuvo que de los pasantes encuestados el 35.7% reportaron 1 o 2 eventos adversos ocurridos en su formación, el 13.7% reportaron 3 a 5 eventos adversos y el 3.6% reportaron más de 6 eventos adversos, el 96.6% de los encuestados en su internado trabajó por más de 100 horas semanales, la percepción global de seguridad fue de 6.8%, donde la dimensión más baja fue la dotación de personal con el 32% y la más alta fue el trabajo en equipo con el 70.6%, sobre el análisis estadístico, se identificaron alfas de Cronbach bajas para la percepción de

seguridad (0.51) y la asignación del personal (0.33); por ello, se concluyó que es necesario descifrar la información para conocer los puntos débiles dentro de la cultura de seguridad del paciente e instaurar programas para el cumplimiento de los objetivos <sup>(3)</sup>.

Rodríguez R et al., en el año 2014, en España, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la cultura de seguridad del paciente que tenían los residentes de medicina familiar y comunitaria para identificar estrategias, para ello se realizó un estudio transversal online, donde como principales resultados se obtuvo que al realizar el análisis de las dimensiones ninguna de estas logró tener más de 75%, siendo las de mayores puntuaciones el seguimiento de la atención a los pacientes con el 71%, trabajo en equipo con el 70% y el intercambio de información con otros dispositivos asistenciales con el 47%, el 80% de los residentes calificaron la seguridad del paciente en su lugar de trabajo como positiva, la dimensión con mayor respuestas negativas fue el ritmo y carga de trabajo con un 39%, se encontraron 3 dimensiones con diferencias significativas en cuanto al sexo de los residentes, sobre la formación del personal el 71.9% de las respuestas fueron positivas en las mujeres y el 48.8% en los hombres, lo similar ocurrió en la comunicación franca y comunicación sobre el error, por ello se concluyó que las instituciones nosocomiales y su personal son más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente, y los resultados permitieron dar información para identificar debilidades para el diseño de estrategias y establecimiento de las practicas asistenciales.<sup>(8)</sup>

Castillo D et al., ejecutaron en Colombia una investigación cuyo objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del paciente en una institución de baja complejidad, para ello se realizó un estudio descriptivo, como principales resultados se obtuvo: que el 96% de los profesionales tienen interacción directa con los pacientes, el 43% de los profesionales de salud reportaron que el riesgo a los que se exponen los pacientes es bajo, según el 45% de los trabajadores refieren haber presentado entre 1 o 2 eventos en el último año. Se identificaron tres dimensiones como fortalezas que son las relacionadas con el trabajo en equipo, el respeto entre compañeros y cambios positivos generados a partir de los planes de mejoramiento, además fueron 6 dimensiones identificadas como oportunidades de mejora y 7 dimensiones como deficiencias, teniendo en cuenta la cantidad de usuarios en los diferentes servicios, por ello se concluyó que el personal reporta los eventos adversos en un 45%, además que existen deficiencias en la seguridad del paciente en la institución, y que el personal identifica y toma conciencia acerca de la seguridad del paciente de manera eficaz para disminuir la cantidad de eventos.<sup>(15)</sup>

Becerril C et al., en el año 2013, desarrollaron en España un estudio cuyo objetivo fue evaluar la cultura de seguridad de los médicos internos residentes (MIR) de medicina de familia, para ello se realizó un trabajo descriptivo, transversal, como principales resultados se obtuvo que la variable el personal se apoya mutuamente apareció como fortaleza con el 81.8% de respuestas positivas, la dimensión mejor valorada fue el trabajo en equipo dentro del servicio con el 64.7%, la peor calificada fue dotación de personal con un 68.1% de respuestas negativas; se obtuvieron en las dimensiones de retroalimentación y comunicación sobre errores

con el 55.3%, el aprendizaje organizacional y mejora continua con el 52.2%, en cuanto al grado de seguridad del paciente en el área de urgencias el 72.7% de los MIR respondieron con una nota media de 5.9 en una escala del 1 al 10, por ello se concluyó que entre los MIR existe deficiencia sobre la cultura de seguridad del paciente y desconocimiento de la notificación de eventos adversos <sup>(16)</sup>.

Da Silva Z et al., en Brasil, ejecutaron un estudio cuyo objetivo fue describir la cultura de seguridad del paciente según las percepciones de los profesionales sanitarios y analizar la asociación de los factores socio laborales, para ello se realizó un estudio transversal, observacional, como principales resultados se obtuvo que el 62.3% del personal de enfermería respondió la encuesta y el 30.8% del personal médico, donde el 90.9% de los que contestaron la encuesta tenían contacto directo con los pacientes, el 50% de los profesionales calificó la seguridad en su servicio con una puntuación entre 6.5 y 8.0, las dimensiones trabajo en equipo en la misma unidad y expectativas tuvo respuestas positivas del 73.5% y acciones de la dirección de la unidad o servicio que favorecen a la seguridad presentaron respuestas positivas del 63.2%, pero la dimensión dotación de personal presentó una percepción negativa con el 61% de respuestas negativas, por ello se concluyó que la mejora de la cultura de seguridad del paciente se debe de centrar en la cantidad de personal y en la buena relación que existe en las unidades<sup>(1)</sup>.

Hernández Y et al., realizaron en España una investigación cuyo objetivo fue aportar los resultados del grado de conocimiento de la cultura de seguridad, para ello se realizó un estudio descriptivo, como principales resultados se obtuvieron:

las respuestas de las 12 dimensiones fueron positivas (47%), negativas (26%) y neutras (29%), las dimensiones con mejor valoración fueron la del trabajo en equipo en la unidad y aprendizaje organizacional y mejora continua, las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas negativas fueron dotación de recursos humanos y respuesta no punitiva a los errores, suponían el 53% de respuestas negativas del total, la dimensión peor valorada fue la dotación de recursos humanos del servicio y cargas de trabajo soportadas, la nota media fue de 6.9 mientras que las notas 7 y 8 fueron las más repetidas, el concepto sobre seguridad es positivo en general y valora la ponderación de la dimensión percepción de seguridad para orientar mejor el punto, por ello se concluyó que los datos que se obtuvieron son parecidos al de otros estudios realizados en dicho país<sup>(17)</sup>.

Pozo F y Padilla V, desarrollaron en España un estudio cuyos objetivos fueron describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente, determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente discrepa de otros estudios y evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora, para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal, como principales resultados se obtuvieron: el 36.9% de los cuestionarios fueron cumplimentados por médicos y un 63% por enfermeros, donde el 92.9% de los profesionales manifestaban tener una interacción directa con los pacientes, la antigüedad de los trabajadores eran entre 1 a 10 años en un 59.1%, sobre a las horas de trabajo el 55.2% trabajaban entre 20 a 39 horas, según *Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)* para definir fortalezas y oportunidades de mejora, las dimensiones de trabajo en equipo dentro de las unidades y expectativas (80.8%) y acciones de la dirección o

supervisión (80.5%) constituyéndose como fortalezas de la cultura de seguridad del paciente, el 50% de los profesionales calificaron el clima de seguridad como muy bueno, el 37% como aceptable y el 7% como excelente, por ello se concluyó que se identificaron las fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad <sup>(6)</sup>.

Llagas R, en Lima, en el año 2017, realizó el estudio “Cultura de seguridad del paciente de las Clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017”, con el propósito de comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en ambas clínicas, para ello realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo comparativo, cuya muestra estuvo conformado por 72 profesionales de enfermería. Los resultados demostraron que en la Clínica Sanna San Borja, el nivel de cultura de seguridad del paciente para los profesionales de enfermería era alto (77.1%), respecto a los niveles de la cultura de seguridad de su servicio también era alto (71.4%), y sobre los niveles de la cultura de seguridad en su seguridad a nivel de toda la clínica también los consideraron alto (74.3%), y en el caso del nivel de seguridad del paciente para los profesionales de enfermería en la Clínica Sanna Golf era medio (60%), los niveles de cultura de seguridad de la cultura de dicha clínica era medio (51.4%), y los niveles de cultura de seguridad en toda la clínica era medio (57.1%). Concluyó que existió diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de ambas clínicas <sup>(18)</sup>.

Espinoza Y realizó un estudio en Huánuco, en el 2016, titulado “Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014” con la finalidad de determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del

paciente, para ello realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, y transversal, cuya muestra estuvo conformada por 82 profesionales de enfermería. Los resultados demostraron que hubo mayor frecuencia de profesionales del sexo femenino entre 29 a 39 años de edad, y eran casadas; respecto a la subdimensión “frecuencia de eventos notificados” la mayoría de los profesionales manifestaron una percepción media (63.4%), sobre “percepción de seguridad” la percepción de los profesionales fue media (97.6%); sobre las dimensión “resultados de la cultura de seguridad” la percepción de los enfermeros fue media (87.8%), “expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad” la percepción fue media (93.9%), sobre “aprendizaje organizacional/mejora continua” la percepción fue alta (50%), sobre “trabajo en equipo en la unidad/servicio” la percepción fue alta (72%), sobre “franqueza en la comunicación” la percepción fue media (92.7%), sobre “feed back y comunicación sobre errores” la percepción fue media (76.8%), sobre “respuesta no punitiva a los errores” la percepción fue media (78%), sobre “dotación de personal” la percepción fue media (65.9%). Concluyó que la percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad del paciente fue media, y las dimensiones “resultados de la cultura de seguridad, cultura de seguridad a nivel del servicio y cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” predominaron en nivel media <sup>(19)</sup>.

## **1.2 Bases teóricas**

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

La seguridad del pacientes es facilitar la asistencia de salud a las personas enfermas sin que se produzca algún evento adverso, esto se remonta a los inicios de la civilización, en la historia los diversos profesionales que han cuidado la

salud de las personas, lo han hecho con el principio *primum non nocere* (ante todo, no causar daño), conforme han pasado los años la humanidad ha progresado en el conocimiento científico y tecnológico, logrando el disparo de las posibilidades de asistencia, por ello, en la actualidad la sociedad tiene un elevado nivel de bienestar que conlleva a una mayor exigencia con respecto a las prestaciones relacionadas con la salud.<sup>(20)</sup>

Los eventos adversos en el ámbito de salud son identificados como problemas a nivel mundial desde años atrás, desde que se empezaron a realizar la publicación sobre las causas probables de los eventos adversos relacionados a la salud y a la atención médica, existió una mayor preocupación por los problemas y motivaron a la incorporación de estrategias de seguridad del paciente, en 1999 cuando se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM) “To err is human” el tema de la seguridad del paciente se hizo más notorio a nivel internacional, así como los directivos y gestores de políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países <sup>(21)</sup>; por ello la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue encaminada por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 y creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en la seguridad del paciente en todo el mundo.<sup>(22)</sup>

Para la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, el mejorarla significa la utilización de acciones complejas que afectarán al sistema interviniendo medidas para mejorar el funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente se definiría como la ausencia de lesiones prevenibles

durante el proceso de atención en la salud, donde incluyen las acciones, los procesos y metodologías que tengan sustento científico que son realizados con la finalidad de disminuir los riesgos de sufrir algún evento adverso, para ello se debe procurar que las acciones cumplan con los estándares de seguridad <sup>(7)</sup>.

### **Pasos para la seguridad del paciente**

En Brasil, la orden n.º 529 del 2013, el Ministerio de Salud incluyó el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP) cuyo objetivo general es contribuir a la cualificación del cuidado en salud en todos los servicios de salud del territorio nacional. Partiendo de este punto de vista, la cultura de seguridad se configura a partir de 5 características <sup>(23)</sup>.

- a) Cultura en los trabajadores, tanto asistenciales como gestores para que asuman la responsabilidad de su seguridad, de la de sus colegas, de los pacientes y familiares.
- b) Priorizar la seguridad antes de las metas financieras y operativas.
- c) Cultura que alienta y recompensa la identificación, notificación y la resolución de los problemas relacionados con la seguridad.
- d) Promover el aprendizaje organizacional a partir de la ocurrencia de incidentes.
- e) Cultura que proporciona recursos, estructura y responsabilidad para el mantenimiento efectivo de la seguridad <sup>(23)</sup>.

Además, se establecen siete pasos para orientar las acciones en las políticas de seguridad del paciente:

#### **Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad**

El ambiente en la cual se realicen las acciones de seguridad del paciente debe de ser en un lugar de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales

y comunidad, ello es responsabilidad de los diferentes gestores del sistema para propiciar las condiciones adecuadas <sup>(24)</sup>.

### **Paso 2: Enfoque de atención centrado en el usuario**

La importancia se basa en los resultados que se obtienen de los pacientes y de su seguridad, siendo el centro de las acciones de seguridad del paciente <sup>(24)</sup>.

### **Paso 3: Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud**

Donde la política de seguridad del paciente es obligatoria para garantizar la calidad del servicio de salud <sup>(24)</sup>.

### **Paso 4: Multicausalidad**

La seguridad del paciente es un problema donde intervienen diversas causas, por ello es necesario involucrar diferentes organizaciones <sup>(24)</sup>.

### **Paso 5: Validez**

La implementación de metodologías y de herramientas es importante para el impacto a los pacientes <sup>(24)</sup>.

### **Paso 6: Alianza con el paciente y su familia**

Los pacientes y familiares deben involucrarse en el programa de seguridad del paciente para poder mejorar <sup>(24)</sup>.

### **Paso 7: Alianza con el profesional de salud**

El reconocimiento ético de la atención de salud por parte del profesional y la complejidad de los procesos son los puntos de partida para el programa de seguridad del paciente <sup>(24)</sup>.

### **El evento adverso**

Estos eventos adversos son característicos por ser causa del error, en la cual están involucrados todo el equipo de salud de la institución nosocomial, estos

eventos representan un gran problema de salud pública, ya que las muertes a causa de estos son comparables con la mortalidad a causa de accidentes automovilísticos o las muertes por cáncer de mama en algunos países, según la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente define al evento adverso como incidente que ocurre como consecuencia de algún tratamiento o alguna complicación que no sea causada por la enfermedad y que produce una hospitalización prolongada, y a la discapacidad o imposibilidad que surja en el alta médica, las dos a la vez, esto quiere decir, que es el incidente que le produce daño al paciente y que se genera después de su hospitalización, en su mayoría está relacionada por los cuidados recibidos <sup>(25)</sup>.

También se considera al evento adverso como la complicación que se genera de manera involuntaria a causa de la atención en salud y no por la enfermedad que aqueja al paciente, este causa la incapacidad o el deterioro de la salud hasta desencadenar la muerte, hay que tener en cuenta que estos eventos adversos no solo afectan al paciente sino también a sus familiares, ya que estas lesiones ya sean físicas o psicológicas generan problemas como depresión, estrés postraumático, gastos financieros, etc., además para el sector salud las consecuencias son repercusión en el buen nombre de los profesionales causantes del daño, gastos económicos en los sistemas de salud y desconfianza en la calidad de la atención y de los servicios cuando se hacen público estos hechos <sup>(26)</sup>.

También se considera que estos eventos están relacionados con la atención de salud ya sea por la acción y omisión de ciertas acciones recibidas por los usuarios que pueden propiciar consecuencias o reacciones negativas y no por la

enfermedad que lo aqueja, aquí se incluye diagnóstico y tratamiento recibido más el equipo médico que se utiliza para su atención.<sup>(27)</sup>

### **Modelo explicativo de los errores médicos**

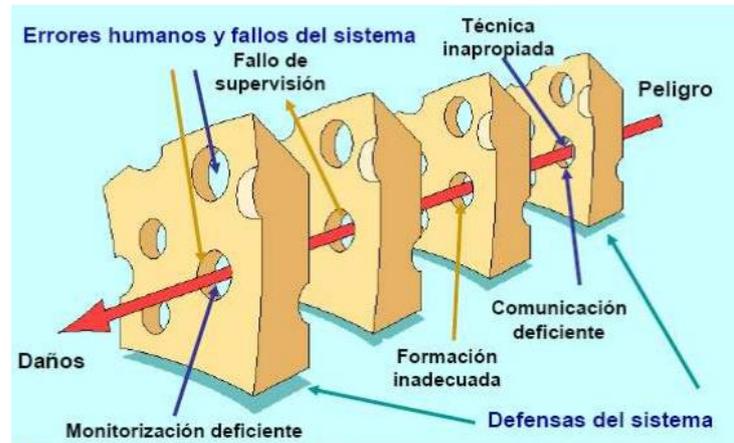
Según el psicólogo británico Reason J considerado como el padre de los estudios acerca del error humano, este tema tiene dos abordajes:

El primero, el abordaje humano. - el cual manifiesta que el error se origina por las acciones inseguras que el personal de salud comete a consecuencia de desmotivación, sobrecarga laboral, estrés, etc. Las estrategias que se plantean en este abordaje sirven para minimizar estos riesgos por medio de campañas, carteles, mensajes, y en muchos casos con sanciones individualizadas <sup>(28)</sup>.

El segundo, el abordaje del sistema. - se basa en que los humanos pueden cometer errores involuntarios, por ello el sistema debe de crear barreras para que estos errores no sucedan, pero cuando se genera ya el evento adverso el fin es buscar el por qué y el cómo fallaron las barreras <sup>(28)</sup>.

Según el modelo del queso suizo que utilizó Reason J (figura 1), se visualizan los errores del comportamiento humano, los activos y latentes, para poder ser visualizados y tratados por separado, donde los errores activos son los eventos inseguros realizados por las personas que se encuentran en contacto directo con el paciente, y los latentes son las acciones inevitables que se encuentran en cualquier sistema, cuyo origen son las decisiones de las altas direcciones. Reason J manifestó que la organización genera barreras que sirven para impedir las amenazas que llegan al sistema para causar daño, estas son representadas por láminas de queso suizo con agujeros, donde estos representan a los errores

activos y latentes, las cuales se abren, cierran y mueven de manera continua, pero cuando se alinean es probable que se produzca el daño <sup>(29)</sup>.



**Figura 1:** Modelo de Reason: El Queso Suizo <sup>(25)</sup>

Los procesos de un nosocomio precisan en todo momento a la prevención de los errores, por ello la organización de los gestores deben promover un clima de seguridad para pacientes y profesionales <sup>(10)</sup>.

### Principales eventos adversos

Los eventos adversos prevenibles o errores médicos tienen relación con una equivocada prescripción o administración de los tratamientos, o procedimientos quirúrgicos como la amputación del miembro equivocado <sup>(30)</sup>.

Entre los eventos adversos se tiene:

- Infecciones ocasionadas por la atención en salud: por cánulas intravasculares (catéteres), abscesos, dren urinario, sondas vesicales.
- Relación con la medicación o la administración de equipos parenterales: colocación en pacientes equivocados, además de medicamentos, dosis, vía de

administración y frecuencias incorrectas, instrucciones omitidas, mal almacenamiento y reacción adversa al medicamento.

- Relacionado con la sangre o sus derivados: equivocación en el paciente, tipo de sangre, dosis, frecuencia, cantidad, instrumentación incorrecta, omisión de medicación o dosis, sangre y efectos adversos.
- Relacionados a la administración de oxígeno o gases medicinales: equivocación en el paciente, administración del gas y concentración incorrectas, contraindicación, fallas de administración y contaminación.
- Relacionado con los dispositivos y equipos médicos: presentación y embalaje deficiente, no disponible, sucio o no estéril, fallas o mal funcionamiento, desconectado o eliminado, inapropiado para la tarea y error de uso <sup>(30)</sup>.

### **Factores humanos que podrían afectar la seguridad del paciente**

El ideal sistema de trabajo en el cual no hallan fallos pasivos, no habrían ni existirían inconvenientes entre profesionales y la labor continuaría en una rutina fijada sin ser alterada, pero este entorno ideal está lejos de la realidad, el profesional debe de enfrentarse diariamente a un sistema imperfecto, por ello muchos profesionales de salud señalan la importancia de que cada profesional conozca el riesgo asistencial asociado su trabajo, ello incluye las situaciones no deseables o factores que influyan a producirse este tipo de situaciones, relacionadas con la atención de salud teniendo consecuencias negativas como resultados <sup>(31)</sup>.

Con todo lo anterior, los profesionales de salud deben responder ante la sociedad con respecto a cuestiones éticas y responsabilidad deontológica en relación a

cumplir con las normas legales que regulan el ejercicio de la profesión, ya que todo error en la práctica profesional no equivale directamente a la existencia de una responsabilidad profesional legal, y para ello es necesario precisar tres condiciones:

1. Deberá existir una falta médica o una conducta caracterizada por la falta de cuidado en el cumplimiento de sus obligaciones profesionales como negligencia, imprudencia o falta de conocimientos necesarios en el cumplimiento de las obligaciones.
2. Deberá existir un daño o lesión.
3. Se deberá demostrar una relación causa-efecto entre las dos condiciones anteriores, es decir, que la falta médica es la que ha causado el daño al paciente <sup>(31)</sup>.

Muchos especialistas señalan que para evitar litigios y demostrar que un profesional ha realizado una buena práctica clínica, existen 2 elementos fundamentales:

1. Una excelente historia clínica puede transformarse en la prueba definitiva de los tribunales para valorar la existencia o no de la responsabilidad profesional.
2. Existe una evidencia contundente en cuanto a la importancia de la comunicación entre médicos y pacientes, detrás de reclamaciones y demandas, casi siempre se encuentra el deterioro de la relación humana entre pacientes y profesionales sanitarios <sup>(31)</sup>.

### **Infecciones intrahospitalarias**

Los contagios intrahospitalarios empezaron a tomar relevancia en la mitad del siglo XIX trayendo consigo grandes discusiones entre los médicos de la época, ya

que para ellos era incoherente que el profesional sea también propagador de enfermedades, como en el caso de las sepsis. En Estados Unidos en los años 50' se empezaron a realizar estudios sobre las infecciones intrahospitalarios o nosocomiales, con el estudio de los brotes de infecciones a causa de estafilococos que eran resistentes a la penicilina <sup>(32)</sup>. Por ello las infecciones nosocomiales son definidas como las infecciones que son transmisibles y que se desencadenan a las 48 a 72 horas después de la hospitalización, que no estaban presentes ni en periodo de incubación en el momento de la admisión, o que se exterioriza 72 horas siguientes del alta; las bacterias, hongos, virus y parásitos pueden ser las causantes de las infecciones nosocomiales <sup>(33)</sup>.

### **Frecuencia de las infecciones intrahospitalarias**

Uno de los eventos adversos más comunes en la atención de salud son las infecciones nosocomiales, el cálculo de diferentes países manifiesta que cientos de millones de personas a nivel mundial son afectadas por estas infecciones, siendo de mayor incidencia los países sub desarrollados <sup>(34)</sup>.

El Estudio de Prevalencia de la Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) es un instrumento utilizado para la vigilancia de las infecciones nosocomiales, realizada anualmente desde 1990, en el 2012 en dicho país gracias a este instrumento se conoció que la frecuencia de estas infecciones fue del 7.61% <sup>(35)</sup>.

En países europeos se reportan prevalencias de 3 a 6% con un impacto alto de mortalidad, en México, se estima una tasa de infecciones nosocomiales que oscila entre 3.8 y 26 por cada 100 egresos <sup>(36)</sup>.

## **Efectos de las infecciones intrahospitalarias**

El incremento de la estadía nosocomial, la discapacidad prolongada, la resistencia antimicrobiana de los microorganismos, los costos adicionales a los sistemas de salud y familiares y hasta las innecesarias y prevenibles muertes son algunos de los efectos de las infecciones nosocomiales <sup>(34)</sup>.

## **Factores que intervienen en la manifestación de las infecciones intrahospitalarias**

### **Agente etiológico**

Puede ser agente bacteriano, micótico, viral o parasitario, las más frecuentes son las bacterias, estas pueden ser incluidas en:

- Patógenos convencionales.- aquellos que causan morbilidad en personas sanas pudiendo provocar epidemias nosocomiales.
- Agentes condicionales.- los que generan alguna enfermedad en personas con defensas disminuidas.
- Gérmenes oportunistas.- los que ocasionan enfermedad en pacientes con defensas bajas en unidades de cuidados intensivos, recién nacidos, quemados, con trastornos hematológicos, VIH/SIDA, etc. <sup>(37)</sup>.

### **Modo de transmisión**

- Por contacto directo, de una persona infectada a una susceptible.
- Por contacto indirecto, de persona susceptible con un objeto contaminado.
- A través de vectores: transmitidos por picaduras de artrópodos e insectos infectados.

- Aerotransportados: como las gotas de secreción oro nasales <sup>(37)</sup>.

### **Factores endógenos**

Son los propios del paciente, como la edad, el sexo, reducción de defensas por el estrés hospitalario, barreras anatómicas alteradas por procedimientos médicos, administración de antimicrobianos e inmunosupresores, etc. <sup>(37)</sup>.

### **Factores exógenos**

- La virulencia de la cepa: los agentes infecciosos adquiridos en el medio hospitalario, pueden presentar más patogenicidad y/o virulencia.
- Inherentes a la institución: incluyen el área física, cumplimiento de protocolos y de todas las normas de bioseguridad pertinentes <sup>(37)</sup>.

### **Prevención de las infecciones intrahospitalarias**

Para prevenir este tipo de infecciones se puede realizar lo siguiente:

1. Lavado de manos (antes y después) para el contacto con el paciente.
2. Uso de bata limpia, con mangas largas, en la atención del paciente.
3. Cabello corto o amarrado, con uñas recortadas y sin uso de esmalte.
4. Cumplimiento del estándar y del aislamiento.
5. Restricción del personal, estudiantes y visitas al área de aislamiento.
6. Cumplimiento de las normas de atención de salud.
7. Atención en áreas higiénicas.
8. Separación de áreas: limpias y sucias.
9. Cumplimiento de los protocolos sobre el uso de dispositivos invasivos en la atención del paciente.

10. Ambiente hospitalario limpio.

11. Al atender al paciente solo se debe de utilizar material limpio, estéril y desinfectado según la clasificación Spaulding:

- Objetos críticos: los que tienen contacto con áreas estériles.
- Objetos semicríticos: los que tienen contacto con mucosa o piel no intacta.
- Objetos no críticos: los que tienen contacto con piel intacta <sup>(38)</sup>.

### **El Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (NNIS) como un modelo para los programas de infección**

El desarrollo de un sistema de vigilancia nacional se basa en la disposición de información sistemática, la cual es obtenida a partir de una metodología que da a conocer la incidencia nacional de las infecciones; la Comisión de Salud Pública pone en evidencia la importancia de vigilar las infecciones nosocomiales para elaborar una propuesta de sistema de vigilancia para estas infecciones a nivel nacional <sup>(39)</sup>.

El objetivo del grupo de trabajo de estas infecciones es consensuar una propuesta para la creación de un sistema de vigilancia nacional que proporcione información de las infecciones en España <sup>(39)</sup>.

El sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias están integrados en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) y coordinado desde la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Comisión de Salud Pública <sup>(39)</sup>.

El Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), por medio del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), siendo el coordinador de la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica intervienen en el Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones <sup>(39)</sup>.

### 1.3 Definición de términos básicos

**Accidente:** Lesión que puede sufrir una persona a consecuencia de una acción <sup>(40)</sup>.

**Atención primaria de salud:** Asistencia de salud asequible para todas las personas y familias de una comunidad por medio de bajos costos <sup>(41)</sup>.

**Calidad de la atención en salud:** Conocimiento de la cantidad de pacientes beneficiados por los servicios sanitarios, cuya calidad es medible por diversos factores como satisfacción del usuario y sensación de bienestar social <sup>(42)</sup>.

**Error:** No ejecución de una acción como se pretendía en un inicio <sup>(43)</sup>.

**Evento adverso:** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente <sup>(44)</sup>.

**Evento centinela:** Acción inesperada que produce muerte o daños físicos y psicológicos no relacionados con la enfermedad en curso <sup>(43)</sup>.

**Factor de riesgo:** Características propias o no del paciente que pueden favorecer a la aparición de un evento adverso <sup>(43)</sup>.

**Incidente:** Evento que ocurre en la atención de salud que no origina daño pero involucra fallas en el proceso sanitario <sup>(44)</sup>.

**Mala praxis:** Aplicación de un procedimiento sea directo o indirecto en una de las fases de atención al paciente para la conservación de su salud, con el asesoramiento y pericias médicas <sup>(45)</sup>.

**Negligencia:** Incumplimiento al deber con conciencia de causa <sup>(46)</sup>.

**Riesgo:** Probabilidad que ocurra un evento adverso <sup>(44)</sup>.

**Seguridad del paciente:** Conjunto de elementos basados en mitigar el sufrir un evento adverso en la atención sanitaria <sup>(44)</sup>.

## CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1 Formulación de la hipótesis

La presente investigación no cuenta con hipótesis debido a que se trata de un estudio tipo descriptivo donde se caracterizará y conceptualizará los hallazgos encontrados tras la aplicación de los instrumentos y ficha de datos en los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José.

### 2.2 Variables y su operacionalización

#### Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Tipo de variable según naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de las categoría	Medio de verificación
<b>Cultura de Seguridad del Paciente</b>	Se refiere al comportamiento y cualidades que tienen las personas e instituciones sobre la seguridad, según su entendimiento como en su conducta diaria.	Cualitativa	Fortaleza u oportunidad de mejora, de acuerdo a las respuestas del Cuestionario sobre "Seguridad de los Pacientes"	Variable Categórica Nominal	Fortaleza Oportunidad de mejora	Fortaleza: $\geq 75\%$ de respuestas positivas (negativas) a preguntas formuladas en positivo (negativo). Oportunidad de mejora: $\geq 50\%$ de respuestas negativas (positivas) a preguntas formuladas en positivo (negativo).	Encuesta sobre seguridad de los pacientes, versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i> , <i>Agency for health care research and quality (AHRQ)</i>

<b>Evento Adverso (Infecciones intrahospitalarias)</b>		Complicación no premeditada a causa de la atención por personal sanitario más no de la enfermedad propia del paciente, en la que se encuentran las Infecciones Intrahospitalarias que son las que se desarrollan dentro del nosocomio y aparecen a las 48 o 72 horas después del ingreso hospitalario, las cuales son originadas por Microorganismos multirresistentes adquiridos en el nosocomio.	Cualitativa	Presencia de infecciones intrahospitalarias registradas en la UCI del HSJ – Callao	Variable Categórica Nominal	Si/No	Sí: 1 No: 2	Registro de eventos adversos
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa	Años cumplidos de los trabajadores contados a partir del nacimiento hasta el momento de la evaluación	Variable Numérica Razón	Años	18 a 65 años	Encuesta
	<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa	Sexo que distinguen a los trabajadores de UCI.	Variable Categórica Nominal	Femenino/Masculino	Femenino: 1 Masculino: 2	
	<b>Estado civil</b>	Naturaleza de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Cualitativa	Condición del trabajador en relación a si posee o no pareja	Variable Categórica Nominal	Soltero / casado / viudo / divorciado	Soltero=1 Casado=2 Viudo=3 Divorciado=4	
	<b>Profesión</b>	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado.	Cualitativa	Tipo de profesión médica de los trabajadores de UCI	Variable Categórica Nominal	Medico / Lic. Enfermera / Téc. de enfermería	Medico=1 Lic. Enfermería=2 Téc. de enfermería=3	
	<b>Grado académico</b>	Grado más elevado de estudios realizados	Cualitativa	Nivel de instrucción profesional en los trabajadores de UCI	Variable Categórica Nominal	Título profesional / Maestría / Doctorado / Especialista	Título profesional=1 Maestría=2 Doctorado=3 Especialista=4	

	Capacitación en seguridad del paciente	Perfeccionar al colaborador en su puesto de trabajo sobre cultura de seguridad del paciente.	Cualitativa	Antecedente de capacitación sobre cultura de seguridad del paciente en los trabajadores de UCI.	Variable Categórica Nominal	Sí/No	Sí: 1 No: 2	
Características laborales	Turno de trabajo	Organización temporal del horario de trabajo	Cualitativa	Turno de trabajo en los trabajadores de UCI.	Variable Categórica Nominal	Diurno / Nocturno	Diurno: 1 Nocturno: 2	Encuesta
	Horas de trabajo	Cantidad de horas laboradas.	Cuantitativa	Número de horas trabajadas en UCI.	Variable Numérica Razón	Horas semanales	> 40 horas	
	Tiempo de trabajo en la institución	Periodo que un trabajador se encuentra laborando en una institución.	Cuantitativa	Tiempo cumplido de trabajador es a partir de su ingreso hasta el momento de la evaluación	Variable Numérica Razón	Años	> 6 meses	
	Tiempo de trabajo en el servicio de UCI	Periodo que un trabajador se encuentra laborando en un servicio o unidad.	Cuantitativa	Tiempo cumplido de trabajador es en UCI, a partir de su ingreso hasta el momento de la evaluación	Variable Numérica Razón	Años	> 6 meses	

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y diseño**

El estudio tuvo un diseño de investigación no experimental, también denominado observacional, porque no se modificaron ni manipularon las variables para su efecto sobre otras, el investigador se limitó a observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural.

El estudio fue de tipo descriptivo, porque se describieron los hechos tal y como se encuentran en la realidad; prospectivo, porque la información, se recolectó después de la planeación de la fuente primaria; de corte transversal, porque los datos, se recolectaron en un periodo de tiempo y solo describió cada variable; y cuantitativo porque las variables categóricas se midieron con instrumentos que convierten las variables nominales a numéricas.

### **3.2 Diseño muestral**

#### **Población**

Trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017.

#### **Unidad de estudio**

Trabajador en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017.

#### **Tamaño de la muestra**

Se conoce que actualmente existen 15 trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao debido a que el tamaño de población

es pequeña fue posible acceder a todos ellos, por lo que la muestra fue conformada por todos los 15 trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Muestreo o selección de la muestra**

El tipo de muestreo fue el no probabilístico. La técnica de muestreo fue censal, debido a que la muestra estuvo conformada por toda la población.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Médicos, enfermeras y técnicos de enfermería de la Unidad Cuidados Intensivos del Hospital San José, trabajadores considerados como personal fijo, que labora mínimo seis meses en la unidad y personal que aceptó participar del estudio y brindó su consentimiento de participación.

#### **Criterios de exclusión**

Personal de otros servicios con rotaciones en UCI, residentes, internos y otros alumnos de medicina y enfermería, y personal que se encontraba de licencia por enfermedad o maternidad.

### **3.3 Procedimientos de recolección de datos**

**Técnica de recolección de datos:** Se aplicó como técnica de recolección de datos la encuesta, definida como el procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador busca recopilar datos por medio

de una encuesta previamente diseñada, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información.

En el caso de la presente investigación, la encuesta fue dirigida al personal médico, de enfermería y técnico de enfermería que laboraban en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao.

## Instrumento

**Instrumento de recolección de datos:** Encuesta sobre seguridad de los pacientes, versión española del Hospital *Survey on Patient Safety, Agency for health care research and quality* (AHRQ). El cual consta de 42 ítems que componen 12 dimensiones y estos, a su vez, tres componentes:

DIMENSIONES	ÍTEM*
<b>RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD</b>	
1. Frecuencia de eventos notificados	+40, +41, +42
2. Percepción de seguridad	-10, +15, -17, +18
<b>DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO</b>	
3. Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	+19, +20, -21, -22
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	+6, +9, +13
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	+1, +3, +4, +11
6. Franqueza en la comunicación	+35, +37, -39
7. Feed-back y comunicación sobre errores	+34, +36, +38
8. Respuesta no punitiva a los errores	-8, -12, -16
9. Dotación de personal	+2, -5, -7, -14
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	+23, +30, -31
<b>DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</b>	
11. Trabajo en equipo entre unidades	-24, +26, -28 +32
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	-25, -27, -29, -33
(*) "+": ítems formulados positivamente	
"-": ítems formulados negativamente	

El instrumento está dividido en 3 secciones A, B y C, donde se asignó un puntaje en escala tipo Likert para cada una de las opciones de respuesta de los ítems. Para las secciones A y B: 1=Muy en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Indiferente; 4=De acuerdo; 5=Muy de acuerdo, y para la sección C: 1=Nunca;

2=Casi nunca; 3=A veces; 4=Casi siempre; 5=Siempre. Para el análisis de frecuencias por ítems se mantuvieron las opciones de respuesta originales. Para el análisis global por dimensiones se invirtió la escala de las preguntas formuladas negativamente.

Las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías de acuerdo al siguiente esquema:

Sección	Negativo	Neutral	Positivo
A y B	Muy en En desacuerdo desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
C	Nunca	Raramente	A veces
			Casi siempre
			Siempre

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calcularon aplicando la siguiente fórmula:

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

Un ítem o dimensión se consideró como fortaleza cuando:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.
- Un ítem o dimensión, se consideró como Oportunidad de mejora cuando:
- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

### **Validación del instrumento**

**Validez:** El instrumento fue validado por su autor: *Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force* en el año 2004.

Este instrumento es la encuesta de autoaplicación anónima “Hospital Survey on Patient Safety Culture” patrocinada por el Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales, que evaluó la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHQR, 2004), en su versión traducida al español por el grupo de investigación en gestión de la calidad de la universidad de Murcia.

La encuesta se entregó de manera personal explicando previamente los objetivos, propósitos, metodología, alcances y todos los aspectos relativos a la investigación, invitando a los profesionales a colaborar en el estudio, dado que se trata de una encuesta auto administrado. Las entrevistas fueron establecidas de común acuerdo con los sujetos participantes, garantizando el anonimato, la privacidad y la confidencialidad de la información entregada.

**Confiabilidad:** De acuerdo a la Encuesta sobre seguridad de los pacientes: *versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005*, la consistencia interna de 7 de 12 de sus dimensiones alcanzaron niveles de alfa de Cronbach (Fiabilidad:  $> 0.6$ : aceptable;  $>0.7$ : buena;  $> 0.8$ : excelente) entre 0.73 y 0.88, y las otras 5 mostraron valores entre 0.64 y 0.66, por lo que la fiabilidad del instrumento es de aceptable a excelente.<sup>(47)</sup>

Además de la cultura de seguridad del paciente aplicado presentada por los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao, en el presente estudio interesó conocer los eventos adversos más frecuentes registrados en dicha unidad. Entre ellos, las infecciones intrahospitalarias, las cuales se recolectaron directamente de los registros del hospital a una base de datos en Excel.

### **3.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS vs 23, la cual fue sometida a un proceso de consistencia y depuración de datos.

**Análisis descriptivo:** Para las variables cualitativas (como los eventos adversos) se calcularon frecuencias absolutas y relativas (%) y para las variables cuantitativas (como la edad) se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión.

**Análisis inferencial:** Para determinar las fortalezas y oportunidades de mejora en la cultura de seguridad del paciente, en el personal de salud en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao, se calcularon los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones, a partir de ello se clasificó como fortaleza o como oportunidad de mejora.

Para la presentación de resultados, se elaboraron tablas de frecuencias y de contingencia, así como gráficos estadísticos de barras o circular, según el tipo de variable. Todos ellos fueron elaborados en el programa Microsoft Excel 2013.

### **3.5 Aspectos éticos**

Para la realización del presente trabajo de investigación, se realizaron las coordinaciones respectivas para solicitar y obtener la autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital San José del Callao y los servicios y/o dependencias involucrados en el estudio. El presente trabajo no representó ningún conflicto ético para la aplicación por única vez de la encuesta sobre seguridad de los pacientes, versión española del *Hospital Survey on Patient Safety, Agency for health care research and quality (AHRQ)*; y los resultados fueron presentados ante la Dirección Ejecutiva a fin de informarlos.

Durante la aplicación de la encuesta, a todos los trabajadores encuestados en la Unidad de Cuidados Intensivos, se les explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se les garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos a través de la encuesta de opinión.

No hubo intervención mayor que afecte psicológica ni biológica ni económicamente en lo estudiado. Sin embargo, se consideró la confiabilidad de las personas en quienes se aplicó el cuestionario.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Con el objetivo de conocer la cultura de seguridad del paciente, según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao, se evaluaron a todos los médicos, enfermeras y técnicos de enfermería que laboraron como mínimo seis meses en la unidad, por un tiempo de 150 horas al mes. A continuación se presentan los resultados:

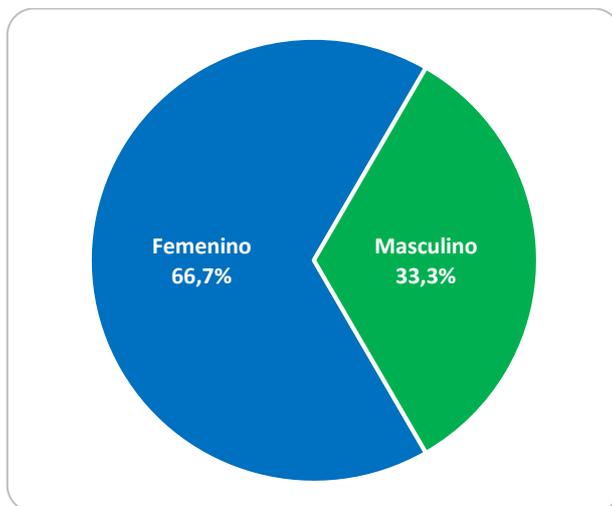
**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017

Características sociodemográficas	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)	
	<b>39,3 ± 4 (32 - 47)</b>	
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
30 - 40 años	9	60.0%
41 - 50 años	6	40.0%
<b>Sexo</b>		
Femenino	10	66.7%
Masculino	5	33.3%
<b>Estado civil</b>		
Casado	10	66.7%
Soltero	4	26.7%
Divorciado	1	6.6%
<b>Profesión</b>		
Médico	5	33.3%
Lic. Enfermería	5	33.3%
Tec. Enfermería	5	33.3%
<b>Grado académico (*)</b>		
Título profesional	15	100.0%
Maestría	1	6.7%
Doctorado	1	6.7%
Especialista	5	33.3%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

(\*) Respuesta múltiple

En la tabla 1, se observa que la edad promedio de los trabajadores fue de  $39.3 \pm 4$  años, donde la mayoría tiene entre 30 y 40 años (60%). Se observa que el 66.7% (10) fueron del sexo femenino, el 66.7% (10) eran casados. Todos contaban con título profesional y el 33.3% (5) presentaron alguna especialidad.

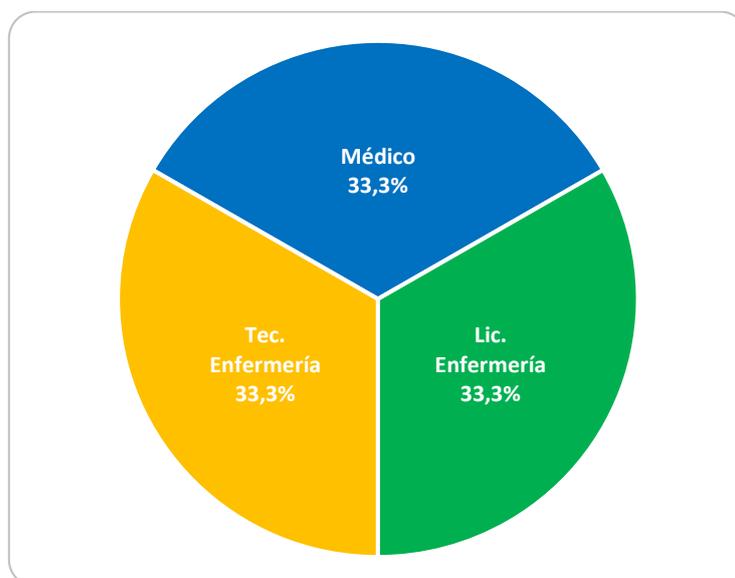
Respecto a la profesión, se observa que habían tantos médicos como licenciados y técnicos en enfermería, con el 33.3% (5) cada uno (Ver figura 1 y 2).



**Figura 1.** Sexo de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017

En la figura 1, se observa que el 66.7% de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao son mujeres y el 33.3%, varones.

**Figura 2.** Profesión de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017

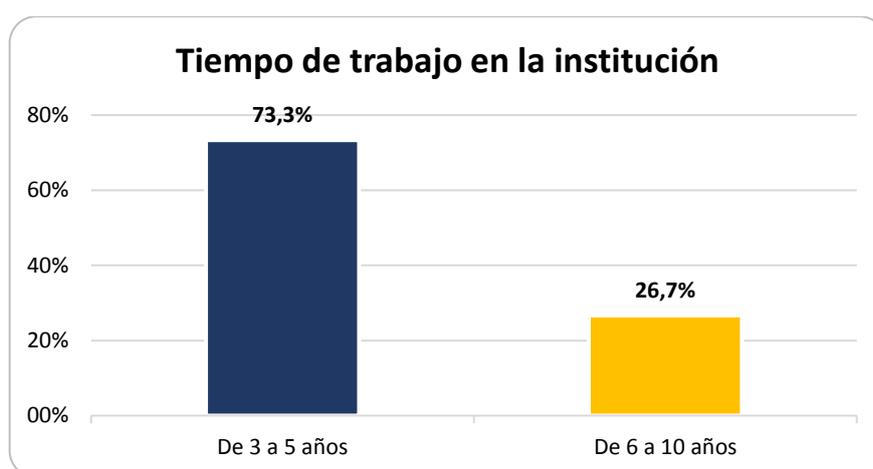


En la figura 2, se observa que el 33.3% de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao son médicos, otro 33.3%, enfermeros y el 33.3% restante, técnicos en enfermería.

**Tabla 2.** Características laborales de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017

Características laborales	N	%
<b>Capacitación en seguridad del paciente</b>		
Sí	15	100,0%
No	0	0,0%
<b>Turno de trabajo</b>		
Diurno	9	60,0%
Nocturno	6	40,0%
<b>Tiempo de trabajo en la institución</b>		
De 3 a 5 años	11	73,3%
De 6 a 10 años	4	26,7%
<b>Tiempo de trabajo en el servicio de UCI</b>		
De 1 a 2 años	7	46,7%
De 3 a 4 años	8	53,3%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a la tabla 2, el 100% de los pacientes recibieron capacitación en seguridad del paciente en alguna oportunidad. Se observa que el 60% (9) pertenecieron al turno diurno, el 73.3% trabaja en la institución entre 3 a 5 años y el 53.3% en el servicio de UCI entre 3 a 4 años. (Ver figura 3)



**Figura 3.** Tiempo de trabajo en la institución de los trabajadores en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017

**Tabla 3.** Resultados de la cultura de seguridad (Ítems)

RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	% DE RESPUESTAS			Clasificación
	Positivo	Neutro	Negativo	
<b>Frecuencia de eventos notificados</b>				
P40. Errores que son descubiertos y corregidos.	100%	0%	0%	Fortaleza
P41. Errores que previsiblemente no van dañar al paciente.	100%	0%	0%	Fortaleza
P42. Errores que no han tenido consecuencias adversas	100%	0%	0%	Fortaleza
<b>Percepción de seguridad</b>				
P10. No se producen más fallos por casualidad.*	80%	13%	7%	Oportunidad
P15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo.	73%	0%	27%	-
P17. Problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.*	100%	0%	0%	Oportunidad
P18. Procedimientos y medios de trabajo buenos.	80%	7%	13%	Fortaleza

(\*) Ítems negativos

Según la tabla 3, los tres ítems de la dimensión Frecuencia de eventos notificados representan Fortalezas, dado que en todos los casos el 100% de los trabajadores notifican los errores que son descubiertos y corregidos, los que previsiblemente no van dañar al paciente y los que no han tenido consecuencias adversas. Por otro lado, en la dimensión Percepción de seguridad solo el ítem 18 representa una fortaleza, puesto que el 80% de los trabajadores considera que los procedimientos y medios de trabajo son buenos, mientras que los ítems 10 y 17 representan oportunidades de mejora, debido a que el 80% considera que no se producen más fallos por casualidad y el 100% confirma que existen problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.

**Tabla 4.** Resultados de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (Ítems)

DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	% DE RESPUESTAS			Clasificación
	Positivo	Neutro	Negativo	
<b>Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad</b>				
P19. Satisfacción cuando se evita riesgos.	93%	7%	0%	Fortaleza
P20. Tener en cuenta las sugerencias.	100%	0%	0%	Fortaleza
P21. Aumento de trabajo.*	7%	0%	93%	Fortaleza
P22. Pasar por alto los problemas.*	7%	0%	93%	Fortaleza
<b>Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>				
P6. Actividades para mejorar la seguridad del paciente.	100%	0%	0%	Fortaleza
P9. Llevan a cabo las medidas apropiadas.	100%	0%	0%	Fortaleza
P13. Los cambios para mejorar la seguridad.	93%	7%	0%	Fortaleza
<b>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</b>				

P1. El personal, se apoya mutuamente.	<b>93%</b>	7%	0%	Fortaleza
P3. Colaboramos todos como un equipo	<b>80%</b>	13%	7%	Fortaleza
P4. Nos tratamos todos con respeto.	<b>100%</b>	0%	0%	Fortaleza
P11. Ayuda en los compañeros	53%	27%	20%	-
<b>Franqueza en la comunicación</b>				
P35. Hablar con total libertad.	<b>80%</b>	13%	7%	Fortaleza
P37. Cuestionar con total libertad las decisiones.	67%	13%	20%	-
P39. Teme formula preguntas.*	13%	0%	<b>87%</b>	Fortaleza
<b>Feed-back y comunicación sobre errores</b>				
P34. Actuaciones que se han llevado a cabo.	<b>100%</b>	0%	0%	Fortaleza
P36. Información de los errores en el servicio/unidad.	<b>100%</b>	0%	0%	Fortaleza
P38. Evitar que un error vuelva a ocurrir	<b>100%</b>	0%	0%	Fortaleza
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>				
P8. Utilizar en su contra.*	0%	13%	<b>87%</b>	Fortaleza
P12. Buscan un "culpable".*	0%	0%	<b>100%</b>	Fortaleza
P16. Teme que quede en su expediente.	<b>73%</b>	0%	27%	Oportunidad
<b>Dotación de personal</b>				
P2. Suficiente personal.	0%	7%	<b>93%</b>	Oportunidad
P5. Mejor Atención al paciente.	<b>60%</b>	7%	33%	Oportunidad
P7. No prestar atención al paciente.	<b>80%</b>	7%	13%	Oportunidad
P14. Trabajar bajo presión.	<b>93%</b>	0%	7%	Oportunidad
<b>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</b>				
P23. Facilita un buen clima laboral.	13%	13%	<b>73%</b>	Oportunidad
P30. Muestra con hechos la seguridad del paciente.	13%	20%	<b>67%</b>	Oportunidad
P31. Se interesa cuando ha ocurrido algún suceso adverso.*	<b>87%</b>	0%	13%	Oportunidad

(\*) Ítems negativos

De acuerdo a la tabla 4, respecto a los resultados de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio: todos los ítems de las dimensiones Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, Aprendizaje organizacional/mejora continua y Feed-back y comunicación sobre errores representan fortalezas, además los ítems 1, 3 y 4 de la dimensión Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, los ítems 35 y 39 de la dimensión Franqueza en la comunicación y los ítems 8 y 12 de la dimensión Respuesta no punitiva a los errores también representan fortalezas. En cambio, todos los ítems de las dimensiones Dotación de personal y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, y el ítem 16 de la dimensión Respuesta no punitiva a los errores representan oportunidades de mejora.

**Tabla 5.** Resultados de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (Ítems)

DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	% DE RESPUESTAS			Clasificación
	Positivo	Neutro	Negativo	
<b>Trabajo en equipo entre unidades</b>				
P24. No se coordinan bien entre ellas.*	67%	13%	20%	Oportunidad
P26. Hay una buena cooperación.	13%	7%	80%	Oportunidad
P28. Suele resultar incómodo.*	7%	33%	60%	-
P32. Trabajan de forma coordinada.	80%	13%	7%	Fortaleza
<b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</b>				
P25. La información de los pacientes se pierde.*	0%	7%	93%	Fortaleza
P27. Se pierde con frecuencia información del paciente.*	7%	0%	93%	Fortaleza
P29. El intercambio es habitualmente problemático.*	80%	7%	13%	Oportunidad
P33. Surgen problemas en la atención de los pacientes.*	73%	7%	20%	Oportunidad

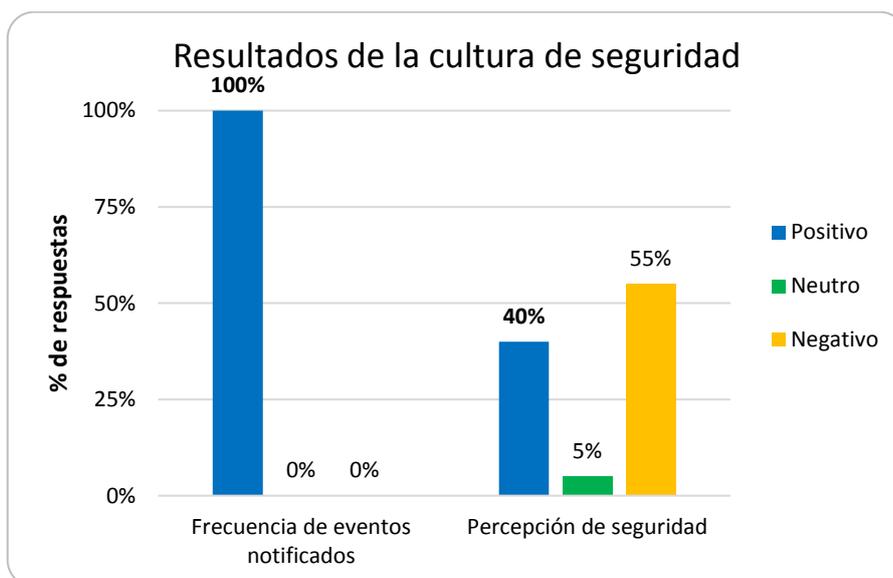
(\*) Ítems negativos

De acuerdo a la tabla 5, respecto a los resultados de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital: la dimensión Trabajo en equipo entre unidades presenta como fortaleza al ítem 32, y a los ítems 24 y 26 como oportunidades de mejora. La dimensión Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades presenta como fortalezas a los ítems 25 y 27, y como oportunidades de mejora a los ítems 29 y 33.

**Tabla 6.** Resultados de la cultura de seguridad (dimensiones)

Resultados de la cultura de seguridad	% DE RESPUESTAS			Clasificación
	Positivo	Neutro	Negativo	
Frecuencia de eventos notificados	100%	0%	0%	Fortaleza
Percepción de seguridad	40%	5%	55%	Oportunidad

La tabla 6 muestra que la dimensión Frecuencia de eventos notificados representa una fortaleza, dado que el 100% de los trabajadores respondieron positivamente; mientras que la dimensión Percepción de seguridad representa una oportunidad de mejora, ya que el 55% de trabajadores respondió negativamente. (Ver figura 4)



**Figura 4.** Respuestas a los Resultados de la cultura de seguridad de los trabajadores en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017

**Tabla 7.** Resultados de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio (dimensiones)

Resultados de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	% DE RESPUESTAS			Clasificación
	Positivo	Neutro	Negativo	
Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad	<b>95%</b>	2%	3%	Fortaleza
Aprendizaje organizacional/mejora continua	<b>98%</b>	2%	0%	Fortaleza
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	<b>82%</b>	12%	7%	Fortaleza
Franqueza en la comunicación	<b>78%</b>	9%	13%	Fortaleza
Feed-back y comunicación sobre errores	<b>100%</b>	0%	0%	Fortaleza
Respuesta no punitiva a los errores	71%	4%	24%	-
Dotación de personal	13%	5%	<b>82%</b>	Oportunidad
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	13%	11%	<b>76%</b>	Oportunidad

La tabla 7 muestra que las dimensiones Expectativas y acciones de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (95% de respuestas positivas), Aprendizaje organizacional/mejora continua (98%), Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (82%), Franqueza en la comunicación (78%) y Feed-back y comunicación sobre errores (100%) representan fortalezas; mientras que las dimensiones Dotación de personal (82%) y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente representan oportunidades de mejora (76%).

**Tabla 8.** Resultados de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (dimensiones)

Resultados de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	% DE RESPUESTAS			Clasificación
	Positivo	Neutro	Negativo	
Trabajo en equipo entre unidades	43%	17%	40%	-
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	55%	5%	40%	-

La tabla 8 muestra que las dimensiones Trabajo en equipo entre unidades y Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades no representan fortalezas ni oportunidades de mejora dado que no superan los porcentajes de respuestas establecidos para ser considerados como tal. Respecto a la primera de estas dimensiones, se aprecia que solo el 43% de los trabajadores está de acuerdo con el trabajo en equipo entre unidades, mientras que el 40% no lo está; respecto a la segunda, el 55% considera que no existen Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, mientras que el 40% considera que si existen.

**Tabla 9.** Eventos adversos

Eventos Adversos: Infecciones intrahospitalarias	N
Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central	1
Neumonía asociada a ventilador mecánico	3
<b>Total</b>	<b>4</b>

La tabla 9 muestra que, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao, se presentaron cuatro casos de infecciones intrahospitalarias: uno de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central y tres de neumonía asociado a ventilador mecánico durante el periodo de estudio.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la mayoría de los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao fueron mujeres casadas entre 30 a 40 años de edad, con grado de bachiller y eran tantos médicos como enfermeras como técnicos en enfermería. En cuanto a las características laborales, la mayoría laboraba durante el día, de 3 a 5 años en la institución y de 3 a 4 años en el servicio de UCI. Todos trabajaban 150 horas al mes y todos recibieron capacitación en seguridad del paciente.

Al respecto, en el estudio realizado por Portela et al. <sup>(12)</sup>, en el año 2017, los médicos residentes que intervinieron en su estudio eran en su mayoría mujeres, entre 26 a 28 años de edad, estando en su cuarto año de residentado; resultado similares se encontraron en el estudio de Rodríguez et al. <sup>(8)</sup>, donde mayormente participaron residentes del género femenino, que tenían más de 35 años de edad y se encontraban en su cuarto año de residencia; así mismo Espinoza <sup>(19)</sup>, en su estudio realizado en Huánuco halló que la gran mayoría de los profesionales que intervinieron en su estudio eran del sexo femenino, entre 29 a 39 años de edad, casadas y tenían grado de licenciadas en enfermería, dentro de su situación laboral la mayoría de las profesionales se encontraban laborando en el área de Emergencia, cuya situación era nombrada, con experiencia laboral entre 3 a 11 años y estando en el servicio entre 1 a 8 años. Resultados no tan similares encontró Pinheiro y da Silva <sup>(10)</sup>, en su estudio realizado en Brasil, donde entrevistaron mayormente a profesionales del género femenino, entre 41 a 50

años de edad, con estudios superiores incompletos, siendo en su mayoría técnicos de enfermería.

Respecto a los resultados de la cultura de seguridad, los resultados encontrados en el presente estudio demostraron que la “frecuencia de eventos notificados” era una fortaleza, debido a que todos los participantes del estudio respondieron de manera positiva, mientras que la “percepción de seguridad” era una oportunidad, ya que el 55% de los participantes respondiendo de manera negativa, siendo más frecuente estas respuestas en “nunca se aumenta el ritmo de trabajo”. Resultados casi similares se encontraron en el estudio realizado por Castillo et al. <sup>(15)</sup>, donde hallaron que la “frecuencia de eventos adversos” era considerada como una oportunidad en más del 50% de los profesionales que intervinieron, pero la “percepción de seguridad” era considerada como deficiente para la mayoría de estos profesionales; pero en el caso de da Silva et al. <sup>(1)</sup>, encontraron que la “frecuencia de eventos notificados” y “percepción de seguridad” obtuvieron respuestas positivas por parte de los participantes (44.8% y 48.7% respectivamente) considerándoseles como una fortaleza.

En el estudio realizado por Pozo y Padilla <sup>(6)</sup>, los resultados fueron opuestos, ya que demostraron que la “percepción de seguridad” era considerada como una fortaleza por la mayoría de los profesionales, mientras que “notificación de eventos notificados” era considerado como una oportunidad; mientras que Becerril et al. <sup>(16)</sup>, demostraron que “la frecuencia de eventos notificados” obtuvo un alto porcentaje de respuestas neutras (51.5%) obteniendo resultados no congruentes con lo hallado en el presente estudio; para Hernández et al.<sup>(17)</sup>, la “percepción de

seguridad” fue una de las dimensiones que obtuvo mayor porcentaje de respuestas negativas (53% aproximadamente de los profesionales), mientras que “frecuencia de eventos notificados” obtuvo un alto número de respuestas neutras, considerándosele a ambas dimensiones como deficientes; pero en el caso de Espinoza <sup>(19)</sup>, encontró que para la mayoría de los profesionales de enfermería las dimensiones “frecuencia de eventos notificados” y “percepción de seguridad” tenían percepción media (63.4% y 97.6% respectivamente).

En el caso de la cultura de seguridad hallado en el servicio de UCI, se encontró que las siguientes dimensiones fueron consideradas como fortalezas para la mayoría de profesionales: a) “expectativas y acciones de la Unidad que favorecen la seguridad” (95%) obteniendo respuestas positivas en su totalidad “tener en cuenta las sugerencias”, b) “aprendizaje organizacional” (98%) obteniendo respuestas positivas en su totalidad “actividades para mejorar la seguridad del paciente” y “llevan a cabo las medidas apropiadas”, c) “trabajo en equipo en la Unidad” (82%) obteniendo respuestas positivas en su totalidad “nos tratamos todos con respeto”, d) “franqueza en la comunicación” (78%) obteniendo respuestas positivas en su mayoría “hablar con total libertad”, e) “feed-back y comunicación sobre errores” (100%) obteniendo respuestas positivas en todos los ítems al respecto; mientras que las dimensiones que fueron consideradas como oportunidades por los profesionales fueron: a) “dotación de personal” donde obtuvieron respuestas negativas sobre todo en “suficiente personal” (93%), b) “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” donde obtuvieron respuestas negativas en “facilita un buen clima laboral” (73%) y “se interesa cuando ha ocurrido algún suceso adverso” (87%).

En el estudio de Becerril et al. <sup>(16)</sup>, las dimensiones peores valoradas fueron “dotación de personal” (68.1% respuestas negativas), “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” (54.9% respuestas negativas), “trabajo en equipo entre servicios” (40.9% respuestas negativas) y “percepción de seguridad” (40.9% respuestas negativas); pero en el de Castillo et al.<sup>(15)</sup>, demostraron que la dimensión “expectativas y acciones de la dirección, supervisión del servicio que favorece la seguridad” fue considerado como oportunidad de mejora por el personal en estudio, mientras que “aprendizaje organizacional, mejora continua”, “feed back y comunicación sobre errores”, “apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente”, “trabajo de equipo entre servicios” fueron considerados como oportunidad de mejora, por otro lado “franqueza en la comunicación”, “respuesta no punitiva a los errores”, “dotación del personal”, fueron consideradas como deficiente; para da Silva et al.<sup>(1)</sup>, en su estudio halló que “trabajo en equipo en la misma unidad o servicio” y “expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad o servicio que favorecen la seguridad” son las dimensiones que obtuvieron mayores respuestas positivas, mientras que “dotación de personal” fue la dimensión que obtuvo mayores respuestas negativas; mientras que Pinheiro y da Silva <sup>(10)</sup>, encontraron que “apoyo de la gestión hospitalaria para seguridad del paciente”, tuvo una evaluación negativa; Mir et al.<sup>(13)</sup>, demostró que la dimensión “trabajo en equipo en la unidad/servicio”, fue considerada como una fortaleza ya que tuvo el 77.79% de las respuestas en positivo, mientras que “dotación de personal” fue considerada como oportunidad de mejora puesto que tuvo 59.62% de respuestas negativas; y Hernández et al. <sup>(17)</sup>, manifestaron en su estudio que “dotación de recursos humanos”, “respuesta no punitiva a los errores”, “feed back”, “comunicación sobre errores” y “apoyo de la Gerencia-Dirección en

seguridad del paciente” obtuvieron los mayores porcentajes de respuestas negativas; en el caso de Sánchez y López<sup>(14)</sup>, hallaron que “expectativas y acciones de la dirección supervisión que favorecen la seguridad” y “trabajo en equipo en la unidad/servicio” obtuvieron respuestas positivas, pero la dimensión “dotación de personal” fue la que obtuvo mayores respuestas negativas; Pozo y Padilla <sup>(6)</sup>, en su estudio demostraron que las dimensiones que fueron consideradas como fortalezas fueron “trabajo en equipo dentro de las unidades” y “expectativas y acciones de la dirección o supervisión”; las que solo fueron consideradas como positivas fueron “aprendizaje organizacional y mejora continua”, “franqueza en la comunicación”, “feedback y comunicación sobre errores” y “apoyo de la gerencia del centro a la seguridad de pacientes” y las dimensiones que fueron consideradas como oportunidades de mejora fueron “dotación de personal” y “respuesta no punitiva a los errores”; Portela et al. <sup>(12)</sup>, en su estudio encontraron que las dimensión que fueron consideradas como buenas fueron “formación del personal no sanitario”, “formación del personal sanitario”, “procedimientos establecidos en el centro”, “procedimientos establecidos en el centro (profesionales sanitarios)”, “comunicación franca” y “comunicación sobre el error”, pero las dimensiones con puntuaciones medias fueron “trabajo en equipo”, “seguimiento de la atención a los pacientes” y “aprendizaje organizacional”, mientras que la dimensión peor valorada fue “ritmo y carga de trabajo”; para Rodríguez et al. <sup>(8)</sup>, las dimensiones con mayores puntuaciones fueron “seguimiento de la atención a los pacientes”, “trabajo en equipo” e “intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, mientras que la dimensión con menor puntuación y considerada como debilidad fue “ritmo y carga de trabajo” y en el caso de Espinoza <sup>(19)</sup>, encontró que ”expectativas y acciones de la

dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad”, “franqueza en la comunicación”, “*feeck-back* y comunicación sobre errores”, “respuesta no punitiva a los errores”, “dotación de personal”, “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, “cultura de seguridad a nivel del servicio”, tuvieron una percepción media por parte de los profesionales, mientras que “aprendizaje organizacional/mejora continua”, “trabajo en equipo en la Unidad/Servicio de los profesionales” tuvieron una percepción alta por parte de los profesionales que intervinieron en el estudio.

Referente a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital, los resultados demostraron que el “trabajo en equipo entre unidades” fue considerada como neutra, pero obtuvo mayores respuestas negativas en “hay una buena cooperación”, y la dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” también fue considerada como neutra, obteniendo mayores respuestas negativas en “la información de los pacientes se pierde” y “se pierde con frecuencia información del paciente”.

Al respecto Becerril et al. <sup>(16)</sup>, en su estudio demostró que la dimensión mejor valorada fue “trabajo en equipo dentro del servicio” (64.7% respuestas positivas), mientras que la dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios” (46% respuestas negativas) fue una de las peores valoradas; en el caso de Castillo et al. <sup>(15)</sup>, la dimensión “trabajo en equipo en el servicio” fue considerada como oportunidad de mejora, mientras que “problemas en cambios de turno”, como deficiente; en el caso de Pinheiro y da Silva <sup>(10)</sup>, manifestaron en su estudio que la dimensión “trabajo en equipo entre las unidades” tuvo una

evaluación neutra, pero en el caso de “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios” tuvo una evaluación positiva; y Pozo y Padilla <sup>(6)</sup>, demostraron que las dimensiones que fueron consideradas como fortalezas fueron “problemas en cambios de turnos y transiciones asistenciales” y “trabajo en equipo entre unidades” y Espinoza <sup>(19)</sup>, halló que “trabajo en equipo entre unidades/servicios” fue valorada por los profesionales como media, de igual manera “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” fue valorada como media, y en general la “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” los profesionales de enfermería manifestaron que era media.

Sobre los eventos adversos, en específico las infecciones intrahospitalarias, los resultados demostraron que mayormente se halló problemas pulmonares, específicamente “neumonía asociada a ventilador mecánico” (3 casos).

De manera semejante, Castillo et al. <sup>(15)</sup>, en Colombia realizó una investigación en la que manifestó que el 45% de los trabajadores expresaron haber sufrido entre uno a dos eventos en el último año.

## CONCLUSIONES

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud, por lo que se hace necesario el compromiso y la cooperación de sus diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que disminuyan los riesgos que de ella se derivan y brindar una atención segura y de calidad.

La cultura de seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud es por esto que el diseño e implementación de un sistema de registro y análisis de la información (base de datos) de los incidentes y eventos adversos brinda elementos importantes para la creación de nuevas estrategias para el mejoramiento de la calidad del cuidado y la disminución al mínimo posible de los eventos adversos asociados a la praxis del cuidado.

La cultura de seguridad del paciente se ve influenciada por la interrelación que halla entre las diferentes interdependencias de la institución para la realización de los procesos de atención pues de la buena comunicación y el trabajo en equipo que estas tengan depende que la atención en salud sea sólida, segura y de calidad.

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao la cultura de seguridad del paciente según los instrumentos aplicados al personal de salud se caracteriza por disponer de más fortalezas que de oportunidades de mejora.

El personal de salud de la UCI del Hospital San José del Callao, aunque percibe grandes fortalezas a nivel de resultados, a nivel de unidad/ servicio y a nivel de todo el hospital, también percibe que existen oportunidades de mejora de la cultura de seguridad del paciente de cada uno de estos niveles.

En cuanto a las fortalezas halladas, son seis los indiscutibles puntos fuertes (dimensiones) de la cultura de seguridad en la UCI del Hospital San José del Callao, a saber: “Frecuencia de eventos notificados”, “Expectativas y acciones de la Unidad que favorecen la seguridad”, “Aprendizaje organizacional/mejora continua”, “Trabajo en equipo en la Unidad”, “Franqueza en la comunicación” y el “Feed-back y comunicación sobre errores”.

En cuanto las oportunidades de mejora, son dos las dimensiones que poseen una amplia oportunidad en la UCI del San José del Callao, estas son la “Dotación de personal” y el “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”; por su parte, dimensiones de la cultura de seguridad como “Percepción de seguridad” poseen una moderada oportunidad de mejora.

La presencia de un evento adverso se debe a una serie de factores y circunstancias que confluyen y permiten que surja el error en los procesos de atención en salud.

Los eventos adversos ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao fueron tres casos de neumonía asociado a ventilador mecánico y un caso de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central durante el periodo de estudio.

## RECOMENDACIONES

A fin de garantizar una plena seguridad al paciente, se recomienda a los gestores sanitarios del Hospital San José del Callao reforzar la política de cultura institucional en seguridad del paciente que genere conciencia en los trabajadores, que a pesar de que las cosas puedan salir mal, reconozcan sus errores, los informen y aprendan de ellos; en la que la institución funcione como un todo y de manera armónica; y en la que el personal de salud adopte y/o mejore las prácticas seguras en salud, para tratar de disminuir al mínimo posible la incidencia de los eventos adversos. La idea es no buscar culpables ni castigarlos, sino ahondar en el cómo y el porqué de la ocurrencia de un evento y buscar su mejor solución y/o medidas correctivas oportunas y eficaces. Todo esto a raíz de mantener las acciones propicias a nivel de su gestión con carácter prioritario para mejorar el apoyo de la gerencia, pues resultó ser uno de los aspectos con amplia oportunidad de mejora.

También es recomendable viabilizar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital San José del Callao, donde se instaure una política de seguridad del paciente que pretenda que los profesionales y la institución sean capaces de detectar los errores más frecuentes en el proceso de atención del paciente, aprendan a gestionarlos y prevenirlos, para así evitar su repetición. Esta política debe ser coherente con la tendencia mundial en calidad en salud, que debe dar como resultado el avance de la mejora continua de la calidad de atención en salud, obteniendo como resultado una atención de calidad para con los pacientes.

Ahondar en el mejoramiento de dos puntos teóricos para la presencia de eventos adversos, como los son el abordaje humano y del sistema, que deben estar encaminados en disminuir el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos. Por el lado del abordaje humano prevenir las acciones inseguras y las violaciones de los procedimientos que realiza el personal de salud por diferentes motivos (problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención, etc.). Y por el lado del sistema, bajo la premisa básica de que los seres humanos son susceptibles de cometer errores a pesar de trabajar en las mejores organizaciones, se debe crear barreras de defensa (barreras tecnológicas (como alarmas, apagadores automáticos, etc.), barreras o controles administrativos (auditoría en salud, uso y actualización de protocolos o manual de procedimientos, etc.) y barreras humanas (profesionales idóneos para cada puesto, capacitados continuamente, etc.), para evitar que los eventos ocurran y causen daño a la salud de los pacientes. Todo esto en relación a prever acciones a favor de la percepción de seguridad, pues resultó ser una dimensión de la cultura con una moderada oportunidad de mejora.

Con el propósito de garantizar una aceptable cultura de seguridad del paciente en la UCI del Hospital San José del Callao, se recomienda a los gestores sanitarios mantener y seguir fortaleciendo los temas tratados en ítems y dimensiones identificados como fortalezas, como punto de partida para seguir mejorando la cultura de seguridad.

Es recomendable, que la alta directiva del Hospital San José del Callao continúe con el sistema de registro y análisis de la información (base de datos) de los incidentes y eventos adversos, y plantear estrategias encaminadas a minimizar la ocurrencia de eventos adversos, pues el objetivo principal de los sistemas de registro es poder aprender de las experiencias registradas, para lo cual no vale exclusivamente el registro sino que es necesario realizar el análisis y planificar el rediseño de los sistemas fallidos a fin de prevenir la ocurrencia de eventos.

La presente investigación puede servir como punto de partida para futuras investigaciones en el campo de la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos, y/o a su vez sirva para ampliar las investigaciones ya hechas y poder evaluar resultados con un enfoque amplio que puedan llevar a generalizar los conceptos, resultados, apreciaciones y todo lo relacionado con los temas del presente estudio.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Da Silva Z., De Souza A., y Saturno P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013; 29(2):283-293.
2. Fajardo D., Rodríguez S., Arboleya C., Rojano F., Hernández T., y Santacruz V. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de salud. Cir Cir 2010; 78: 527-532.
3. Pérez J., Jaramillo C., Olvera L., Burgos L., Pastrana A. *et al.* Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev CONAMED 2014;19(2):52-58.
4. Ibarra M., Olvera V., Santacruz J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. Revista CONAMED. 2011; 16(2):65-73.
5. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International. 4<sup>o</sup> ed. Estados Unidos: Joint Commission Resources. 2011.
6. Pozo F., Padilla V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. RevCalidAsis. 2013; 28(6):329-336.
7. Gómez O., Soto A., Arenas A., Garzón J., González A., Mateus É. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. av. enferm. 2011; 29 (2): 363-374.
8. Rodríguez R., Paredes I., Galicia T., Barrasa J. y Castan S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria en Aragón. Rev Calid Asist. 2014; 29(3):143-149.

9. Ministerio de Salud. Protocolo: estudio prevalencia de infecciones intrahospitalarias. Perú, 2014.
10. Pinheiro M., Da Silva J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Revista electrónica trimestral de enfermería; 2017 (45): 309-234.
11. Giménez T., Hernández I., Aibar C., Gutiérrez I. y Febrel M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. Gac Sanit:1-4. 2017. Consultado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.009>
12. Portela, M; Gugarín, R; Rodríguez, M. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. Aten Primaria. 2017;49(6):343-350
13. Mir R., Falco A. y de la Puente M. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit. 2017; 31(2):145–149.
14. Sánchez, F; López, J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra hospitalarias de hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2015; 18(1): 37-73
15. Castillo D., Tello T., Rosero Y. Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad, Yumbo, Valle 2014. (Tesis de titulación) Universidad Católica de Manizales. Colombia, 2014.
16. Becerril C., Sartolo M., Villaverde M., Espuis L. *et al.* Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An. Sist. Sanit. Navar. 2013; 36 (3): 471-477.

17. Hernández Y., Valle J., García C., Lopera E., Luna R., *et al.* Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del sistema Andaluz de salud. Rev CONAMED; 2013; 18(4): 148-156.
18. Llagas, R. Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017. (Tesis de grado). Universidad Cesar Vallejo. Perú, 2017.
19. Espinoza, y. Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014. (Tesis de grado). Universidad De Huánuco. Perú, 2016.
20. Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente. Dirección de Programas de salud pública y seguridad del paciente. 2013. p.1.
21. Delgado M., Márquez H., Santacruz J. La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención. La calidad de la atención a la salud en México. 2013.
22. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. Programas y Proyectos. (Consultado el 10 junio 2017). Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
23. Schwonke C., Filho W., Lunardi G., da Silveira R, *et al.* Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. Revista electrónica trimestral de enfermería; 2016; (41): 208-219.
24. Hospital San Blas. Sistema de gestión de la calidad bajo la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2009. Equipo de gestión de la calidad. 2014.
25. CONAMED-OPS. Boletín del centro colaborador de calidad y seguridad en el paciente. 2015.

26. Parra D., Camargo F., Rey R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. 2012; (28):159-169.
27. Ministerio de Salud de Chile. Procedimiento. Sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención de salud. 2013.
28. Colegio Médico del Perú. Seguridad del Paciente. Cuadernos de debate en Salud. 2012.
29. Martínez A. Gestión sistémica del error: El enfoque del queso suizo en las auditorías. Laboratorio tecnológico del Uruguay. 2012.
30. Ministerio de Salud de Colombia. Listado de eventos adversos. Construida por las ESE municipales y la secretaria de Salud Pública Municipal. 2011.
31. Mendizábal V. Serie nuevos escenarios en la relación médico-paciente. *Aula Bioforum*. 2015.
32. Baños M., Somonte D., Morales V. Infección nosocomial. Un importante problema de salud a nivel mundial. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*. 2015; 62 (1): 33-39
33. Salazar V. Infecciones intrahospitalarias. *Rev Soc Bol Ped*. 2012; 51 (3): 187 – 90.
34. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Programas y proyectos. (Consultado el 10 junio 2017). Disponible en: [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/es/](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/)
35. Zaragoza R., Ramírez P., López M. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(5):320–327.
36. Castañeda F., Valdespino M. Prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel de atención en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015; 53(6): 686-690.

37. Protocolos de vigilancia en salud pública. Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias. 2010
38. Ministerio de salud de Chile. Manual de normas prevención y control de infecciones intrahospitalarias, 2014.
39. Grupo de trabajo de Vigilancia de las IRAS. Documento Marco del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. 2016.
40. Gobierno Vasco. Accidentes de Trabajo. Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultural. 2015.
41. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de Salud. Temas de Salud. (Consultado el 10 junio 2017). Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
42. Coronado R., Cruz E., Salvador C., Arellano A., *et al.* El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013;25(1):26-33.
43. Secretaria de Salud de México. Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente. 2014.
44. Universidad Industrial de Santander. Procedimiento de notificación y gestión de incidentes y/o eventos adversos. 2014.
45. Anaya R., Aguilasocho G., Schadegg D., Arreola A. *et al.* Praxis médica. Cirujano General, 2013; 35 (2): 164-166.
46. Alfaro F. Conceptos jurídicos básicos. Revista Mexicana de Anestesiología. 2012; 35(1): 67-76.
47. Hernández R, Fernández C, Baptistas P. Metodología de la investigación. McGrawHill Education. 6° Edición. 2014. P. 207-208

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos

#### CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS TRABAJADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO 2017

Fecha: / /

Nº ficha:

#### Instrucciones:

1. El objetivo de este estudio es determinar la percepción sobre cultura de seguridad del paciente según el personal de salud que labora en el Hospital San José del Callao 2017.
2. Lea cuidadosamente las preguntas y trate de contestarlas todas. La encuesta es anónima.
3. El cuestionario tomará unos 15 a 20 minutos en ser llenado.
4. Los resultados servirán para detectar e identificar posibles deficiencias y proponer medidas de mejora.
5. Le agradecemos su participación en el presente estudio y el tiempo dedicado.

#### I. Características sociodemográficas:

Edad:  años

Sexo: Femenino ( )

Masculino ( )

Estado civil: Soltero ( )

Casado ( )

Viudo ( )

Divorciado ( )

Profesión: Médico ( ) Lic. Enfermería ( ) Téc. Enfermería ( )

Grado académico: Título profesional ( ) Maestría ( ) Doctorado ( )

Especialista ( )

Capacitación en seguridad del paciente: Sí ( )

No ( )

#### II. Características laborales:

Turno de trabajo: Diurno ( )

Nocturno ( )

Horas de trabajo:  horas semanales

Tiempo de trabajo en la institución:  años

Tiempo de trabajo en el servicio de UCI:  años

### III. Cultura de seguridad del paciente

#### SECCIÓN A

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

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
El personal, se apoya mutuamente.					
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
En esta unidad nos tratamos todos con respecto.					
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
Si los compañeros o los superiores, se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
. No se producen más fallos por casualidad.					
. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente, se evalúan para comprobar su efectividad.					
. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas actividades de prisa					
. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					

. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda arriesgar la seguridad del paciente.					
. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

## SECCIÓN B

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes **afirmaciones referidas a su hospital**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
La gerencia o dirección del hospital facilita en un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					

Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
---	--	--	--	--	--

## SECCIÓN C

Con que frecuencia ocurren las siguientes circunstancias **en su servicio/unidad de trabajo**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones, se han llevado a cabo.					
Cuando el personal observa alguna situación que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
Se nos informa de los errores que ocurre en este servicio/unidad.					
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
El personal teme formular preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
Se notifican los errores que previsiblemente no van dañar al paciente.					
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

## Anexo 2. Consentimiento informado

### “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS TRABAJADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO 2017”

**Institución:** Universidad San Martín de Porres

**Investigador:** Javier Augusto Díaz Marcos

**Propósito del estudio:** Lo invito a participar en un estudio que tiene la finalidad de conocer la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Callao 2017.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará el llenado del cuestionario de cultura de seguridad del paciente; el tiempo que le tomará será de 25 minutos y será realizado dentro de las instalaciones del Hospital San José del Callao.

**Riesgos y beneficios:** No se prevén riesgos para su salud derivados de la participación en el estudio, ya que el recojo de la información se realizará mediante un cuestionario, mas no se realizarán procedimientos invasivos que afecten su integridad física. El estudio no producirá beneficio económico, pero los resultados derivados del estudio pueden contribuir a la implementación de las mejoras en la institución donde labora.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos su información mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participen.

Si usted decide participar, puede retirarse de este en cualquier momento del mismo, o no participar sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, comunicarse con el investigador responsable del estudio Dr. Javier Augusto Díaz Marcos, al celular: 996305682.

#### CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he comprendido los procedimientos del mismo, también entendí que puedo decidir no participar y que puedo retirarme en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha