



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
DESARROLLADO POR EL EQUIPO DE SALUD EN
CENTRO QUIRÚRGICO DEL HNCH**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en
Enfermería en Centro Quirúrgico Especializado**

Investigadoras:

Lic. Enf. Cordero Medina, Josselyn Esthepanie.

Lic. Enf. Porras Cachuan, Yanet.

Lic. Enf. Torres Bedón, Gaby.

Asesora

Mg. María Ángela Fernández Pacheco

Lima-Perú

2018

INDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| RESUMEN | |
| SUMMARY | |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.1 Formulación del Problema. | 4 |
| 1.2 Justificación | 4 |
| 1.3 Viabilidad..... | 5 |
| 1.4 Factibilidad..... | 5 |
| CAPÍTULO II: PROPOSITO Y OBJETIVOS DE ESTUDIO | |
| 2.1 Proposito..... | 6 |
| 2.2 Objetivos General..... | 6 |
| CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO | |
| 3.1 Antecedentes..... | 8 |
| 3.2 Base Teórica..... | 11 |
| CAPÍTULO IV: HIPOTESIS | |
| 4.1. Hipótesis General..... | 18 |
| CAPÍTULO V: MATERIAL Y METODO | |
| 5.1 Diseño de Estudio..... | 19 |
| 5.2 Población..... | 19 |
| 5.3 Técnica e Instrumento de Recolección de datos..... | 20 |
| 5.4 Procedimientos de Recolección de datos..... | 22 |
| 5.5 Procesamiento de datos..... | 23 |
| 5.6 Definición Operacional de Variable..... | 23 |
| CAPÍTULO VI: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS | |
| 6.1 Consideraciones Eticas..... | 26 |
| 6.2 Cronograma..... | 27 |
| 6.3 Presupuesto..... | 29 |
| 6.4 Financiamiento..... | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 30 |
| ANEXOS..... | 32 |

RESUMEN

El servicio de centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es un lugar donde confluyen numerosos riesgos para el usuario, en este sentido el equipo quirúrgico, es el directamente responsable de la prevención de eventos adversos que pongan en riesgo la salud y/o vida del paciente. Por lo expuesto es necesario que el equipo quirúrgico este integrado por un grupo humano altamente competente, guiados por una conciencia quirúrgica, esto los integra al desarrollo de una cultura de seguridad en el paciente, que debe ser considerada como un fin supremo, único y común.

Entendiendo que la cultura de seguridad de toda organización sanitaria, se desarrolla, con el paso del tiempo como consecuencia de la exposición a estructuras organizacionales cuya misión es, elevar la calidad de la prestación de los servicios. Inherentes al proceso que significa el desarrollo de una cultura de protección al usuario, se enfatizan en sus dimensiones ya q finalmente estas guiaran el grado y determinaran si es una cultura fuerte o débil.

Es por ello el proyecto titulado “Cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del HNCH- 2018” tiene como objetivo: Determinar el grado de cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del HNCH. La metodología empleada corresponde a los estudios de enfoque cuantitativo con diseño no experimental, descriptivo de corte transversal. La población está conformada por 80 profesionales de salud considerados entre enfermeras y médicos que laboran en el área de centro quirúrgico. La variable a medir es cultura de seguridad del paciente. Como instrumento a utilizar es un cuestionario adaptado a la versión en español por la Agencia para la investigación y la calidad de la asistencia sanitaria AHRQ de Estados Unidos la cual fue validada por expertos.

Palabras claves: cultura de seguridad, equipo de salud, centro quirúrgico.

SUMMARY

The surgical center service of the Cayetano Heredia National Hospital, is a place where numerous risks for the user converge, in this sense the surgical team is directly responsible for the prevention of adverse events that endanger the health and / or life of the patient. Herefore, it is necessary that the surgical team is composed of a highly competent human group, guided by a surgical conscience, this integrates them to the development of a culture of patient safety, which should be considered as a supreme, unique and common goal.

Understanding that the safety culture of any health organization, develops over time as a result of exposure to organizational structures whose mission is to increase the quality of service provision. Inherent in the process that implies the development of a culture of protection for the user, they emphasize their dimensions and finally they will guide the degree and determine whether it is a strong or weak culture.

That is why the project entitled “Patient safety culture developed by the health team at the HNCH-2018 surgical center” aims to: Determine the degree of patient safety culture developed by the health team at the HNCH surgical center. The methodology used corresponds to quantitative approach studies with a non-experimental, descriptive cross-sectional design. The population is made up of 80 health professionals considered among nurses and doctors working in the surgical center area. The variable to be measured is patient safety culture. As an instrument to use is a questionnaire adapted to the Spanish version by the Agency for research and quality of AHRQ health care in the United States, which was validated by experts.

Keywords: safety culture, health team, surgical center.

INTRODUCCIÓN

Una cultura de seguridad sanitaria fuerte en centro quirúrgico, no solo hace referencia a un suministro de cuidados peri operatoria de calidad en beneficio del usuario, el desarrollo de este involucra un complejo proceso fenomenológico de equipo.

Su acción normativa es la base para su fortalecimiento, y está respaldada por la legislación de las organizaciones supremas de salud como la OMS a nivel mundial, y MINSA (Ministerio de Salud) en el ámbito nacional, las cuales apuntan directamente a la reducción de eventos adversos prevenibles a partir de la práctica quirúrgica segura, una muestra de ello se encuentran validadas por las resoluciones ministeriales N° 143- 308 (MINSA) en las cuales se establecen la ejecución a nivel nacional y en todos los establecimientos de salud , de un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente. Sus dimensiones identificadas y descritas deben tener un instrumento de medida y valoración, para obtener indicadores que determinen su cumplimiento en pro de evitar eventos adversos, cuyo impacto repercuten sobre la calidad de salud del paciente y en la economía del país. La cultura de seguridad desde un enfoque cualitativo en nuestras instituciones cuenta con un mínimo de instrumentos, para su valoración, que en su defecto son adaptaciones de otros contextos. Sin embargo resulta imperativo tener un conocimiento sobre el grado en cultura de seguridad brindada por el equipo quirúrgico; desde el trabajo en equipo, la comunicación en equipo la dirección/ gestión y finalmente la supervisión que deben guiar el complejo proceso.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para garantizar una atención de calidad a las personas es importante asegurar su seguridad en todo el proceso de recuperación de la salud.

La Organización Mundial de la Salud, define seguridad del paciente como un “pilar fundamental de la atención clínica, con cierto grado o riesgo potencial de evento adverso inherente a cada etapa del proceso de atención sanitaria” puesto que la seguridad del paciente se considera un fundamento principal y necesario para garantizar una atención de la salud de calidad, basándose en prácticas preventivas.

Una atención segura exige lograr tres objetivos, la primera es, identificar que procedimientos son más eficaces tanto clínicos, diagnósticos y terapéuticos; la segunda contempla el elegir a la persona que necesita la atención y la tercera es garantizar una atención de calidad y sin errores.

Dentro de las intervenciones quirúrgicas los eventos adversos se consideran como un problema de salud pública; de los 236 millones de procedimientos quirúrgicos que se llegan a realizar anualmente en el mundo se estima que al menos 8 millones tienen una complicación discapacitante y por lo menos un millón muere. Las complicaciones más habituales están vinculadas con la identificación errónea de la persona o la zona incorrecta de cirugía, complicaciones con la anestesia y el aumento de porcentajes sobre infecciones en la herida operatoria.⁽¹⁾

Con el afán de proporcionar seguridad al paciente y prevenir eventos adversos, se acordó en el 2014 por la asamblea mundial de salud constituir la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes. El programa de la Alianza incluye dos desafíos: “Atención limpia es atención segura” y “La cirugía segura salva vidas” siendo una de las decisiones interdisciplinaria y cooperativa con el

fin de disminuir el daño en el paciente a través una atención quirúrgica más segura.⁽²⁾

El Perú, como integrante de la Asamblea Mundial de la Salud, mediante el MINSA instala el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente en noviembre de 2004, el cual elaboró el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente en el 2006, implementándolo en varios nosocomios. El Ministerio de Salud aprueba la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en la Resolución 308- 2010/MINSA, con el fin de cumplir los modelos de seguridad y calidad en el cuidado de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Para cumplir con los desafíos de seguridad del paciente es importante abordar uno de los pilares, que es la cultura de seguridad del paciente desde el punto de vista del equipo de profesionales que laboran en la institución.⁽³⁾

La Cultura de Seguridad se define como el conjunto de valores y normas comunes de los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.⁽⁴⁾

La determinación del grado de cultura sobre la seguridad del paciente es fundamental con la finalidad de mejorar la calidad del cuidado en los servicios sanitarios, actualmente los hospitales realizan y aplican diversas tácticas y herramientas para mejorar su cuidado y brindar protección al usuario, es importante que los establecimientos cuenten con una cultura dentro de sus organizaciones, el cual influye en la concientización y la colaboración activa de los profesionales en los diferentes procesos que garantizan la seguridad del cliente.

Durante las rotaciones clínicas, se observó que en los diferentes hospitales hay ausencia de guías sobre seguridad del paciente así como un libro de registros sobre eventos adversos, al interactuar con el personal de salud se observa que en su mayoría tienen una idea vaga sobre seguridad del paciente. Es por ello que es conveniente realizar este estudio para conocer la cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud que labora en Centro Quirúrgico.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Setiembre-Noviembre del 2018?

1.1. JUSTIFICACIÓN

No existiendo en el hospital un informe real y de carácter científico sobre eventos adversos ocurrido en centro quirúrgico, el cual permitiría evaluar los estándares de la calidad de atención, el estudio se justifica porque describirá información actual sobre la cultura de seguridad del paciente por parte del equipo quirúrgico.

La ausencia de procesos sobre seguridad traerán consigo riesgos inminentes propios de los procesos quirúrgicos, la falta de identificación de ellos en el momento preciso, exponen al profesional médico y de enfermería a consecuencias legales y al paciente a consecuencias físicas, por lo tanto la atención que brindan debe asegurar la protección del usuario, previendo sucesos desfavorables dentro de sala operaciones.

La seguridad del paciente es importante por ser un indicador de la calidad de la prestación de un servicio, en donde el involucramiento general del equipo de salud es básico, sin embargo las características de desarrollo del profesional de enfermería, lo ubica en las diferentes áreas de atención. Es el caso que en los centros quirúrgicos el profesional médico y de enfermería es el pilar del proceso de organización de los procesos quirúrgicos a desarrollarse, y es en el que recae según norma el cumplimiento de los estándares de medición de seguridad del paciente.

Así mismo todo proceso de implementación pasa por un proceso de adecuación en donde intervienen algunas variantes como aspectos organizacionales, principios, costumbres, valores que constituyen la cultura organizacional.

1.2. VIABILIDAD

El trabajo académico es viable porque se dispone del interés y financiamiento de las autoras en la investigación, también se tendrá la colaboración del equipo de salud de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Setiembre-Noviembre del 2018, logrando ejecutarla dentro del periodo programado.

1.3. FACTIBILIDAD

El trabajo académico es factible porque el Hospital Nacional Cayetano Heredia, es sede docente del programa de segunda especialidad, además carece de trabajos y registros de seguimiento formales sobre el grado de cultura de seguridad desarrollada por el equipo de salud en centro quirúrgico.

CAPITULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. PROPÓSITO

Los resultados de la investigación generaran conocimientos nuevos, validos que podrán ser utilizados en el desarrollo de estrategias que permitan asegurar de manera sostenible los índices de calidad esperados en los ámbitos involucrados, además implementará estrategias viables para el cumplimiento de una práctica segura de tratamiento, normas y protocolos en todo procedimiento quirúrgico, asegurando el cuidado integral y de calidad con un procedimiento quirúrgico certero y coherente con el respeto a la vida.

Del mismo modo, los resultados obtenidos favorecerán la labor de todo el equipo quirúrgico, ya que permitirá desarrollar estrategias con el fin de reducir sucesos adversos vinculados a procedimientos quirúrgicos, asimismo concientizar a los profesionales de salud acerca de su importancia, orientando la atención del personal de salud hacia la completa seguridad del paciente; actuando en forma responsable y dedicada para poder lograrlo.

2.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Setiembre-Noviembre del 2018.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de la dimensión de resultados del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

- Identificar el nivel de la dimensión de trabajo en equipo desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Identificar el nivel de la dimensión de comunicación en equipo desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Identificar el nivel de la dimensión de dirección y gestión desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Identificar el nivel de la dimensión de supervisión desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

ESTUDIOS INTERNACIONALES

Aparecida P, Donato L, Gómes M y colaboradores, en su trabajo titulado. “CULTURA DE SEGURIDAD EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO, EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD”. Diseño no experimental, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal realizado en Brasil en el 2015, concluyó: desde la perspectiva de los profesionales existe debilidad en las actitudes, valores, comportamientos y competencias que determinan la cultura de seguridad en una organización de salud, en la cual los autores percibieron una cultura de seguridad negativa y condiciones inseguras de trabajo, proponiendo intervenciones consistentes en estos aspectos, con el fin de conceder un ambiente seguro, tanto para profesionales y pacientes. ⁽⁵⁾

Gómez O, en su trabajo titulado. “LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ”. Diseño no experimental cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, realizado en Colombia, año 2015, concluyó: que el personal de salud y los establecimientos, son cada vez más conscientes de que la seguridad del paciente es un pilar fundamental en la prestación del cuidado de calidad, por ello consideran necesario mejorar en el quehacer diario con prácticas seguras basadas en evidencias y protocolos. Respecto a la cultura de protección del cliente referida por las enfermeras, en

establecimientos de tercer nivel en Bogotá, permitió a los investigadores concluir que los valores y creencias de un recurso humano es indispensable y valioso como los de las enfermeras, quienes realizan un cuidado basado en las percepciones de las diferentes dimensiones validadas por el instrumento de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente Versión Española. ⁽⁶⁾

Guardado R, en su trabajo titulado. EVALUACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD Y DE TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, de diseño no experimental, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, realizado en El Salvador, año 2015, concluyó:

Un pilar fundamental de la calidad y la seguridad es el trabajo en equipo y su aplicación. El clima de seguridad es una parte fundamental, ya que está profundamente relacionado con el trabajo desempeñado por el personal y que este conlleve una disminución de errores médicos, en el hospital Rosales hay buen porcentaje de buena comunicación entre profesionales de equipo quirúrgico. ⁽⁷⁾

Vicente M, Félix M, De la Cruz C; en trabajo titulado, CONOCIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN UNA INSTITUCIÓN PEDIÁTRICA DEL SURESTE DE MÉXICO, de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, año 2015. Concluyó:

La cultura sobre seguridad del paciente en centro quirúrgico se considera una prioridad en su sistema sanitario, ya que constituye una herramienta esencial para prevenir eventos adversos prevenibles mediante la aplicación de manuales de organización y funciones bien establecidos , identificando fortalezas y áreas de mejora continua y proporcionando a la organización un entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de su recurso humano considerándolo como una intervención de seguridad. ⁽⁸⁾

ESTUDIOS NACIONALES

Figüeroa M, en su trabajo titulado. “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS Y SU RELACIÓN CON LOS EVENTOS ADVERSOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA PUEBLO LIBRE“. LIMA 2016. Tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal y de diseño correlacional, concluyó:

La relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente brindados por el personal de enfermería y los eventos adversos prevenibles es multifactorial y depende de múltiples instancias que involucran desde la dirección y administrativos hasta la seguridad desde la atención primaria, ésta problemática se refleja en: frecuencia de sucesos notificados, errores en los procedimientos asistenciales y errores en la documentación. ⁽⁹⁾

Martínez V, en su trabajo titulado. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA 2015. Tipo cuantitativo, método descriptivo de corte trasversal, concluyo:

Contar con buenas condiciones en la atención sanitaria de los servicios facilita la protección del usuario, de esta forma se oferta una atención integral y de calidad, en todos los niveles ya sea administrativo u operacional; puesto que se comparte una responsabilidad y compromiso en equipo. ⁽¹⁰⁾

3.2 BASE TEORICA

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Mitigación y disminución de acciones inseguras en el sistema sanitario mediante mejoras en las prácticas clínicas, que certifiquen la obtención de resultados óptimos para el usuario. ⁽¹¹⁾

FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL

Se basan en la relación de dos pensamientos:

- *La teoría del error de Reason*, el cual asume que las personas estamos propensos a cometer errores, pese a los esfuerzos por evitarlos, estos seguirán ocurriendo, siendo necesario rediseñar las estrategias y hacerlas resistentes a errores, detectando e interpretando los errores de manera precoz.
- *La cultura de seguridad*, consiste en el compromiso de las personas y de la organización con la seguridad, aplicando las mejores habilidades y estándares, contando con un clima laboral de confianza en la que de los errores se aprende, en vez de utilizarlos para sancionar. ⁽¹²⁾

CULTURA DE SEGURIDAD

La cultura de seguridad de una institución se manifiesta mediante una serie acciones y actitudes interiorizadas por sus miembros con el respectivo compromiso que todos asumen y comparten.

El funcionamiento de una institución surge del esfuerzo combinado para orientar todos los elementos culturales hacia cumplir con los objetivos de seguridad, tanto de los trabajadores y de las actividades laborales. ⁽¹³⁾

La OMS precisa la seguridad del paciente como prioridad fundamental de la atención sanitaria en la prevención , ausencia y mejora de los resultados de la

atención brindada; en tanto que para MINSA es la mitigación y reducción de acciones inseguras en los establecimientos de salud mediante la optimización de las prácticas, garantizando resultados idóneos a favor del usuario, actualmente buscan fortalecer y promover una cultura de seguridad del paciente orientado a mitigar de riesgos en las instituciones de salud, mediante un análisis situacional de Cultura de Seguridad del Paciente.⁽¹⁴⁾

Por lo expuesto se concluye que la seguridad del paciente es el componente indiscutible de calidad asistencial, donde el conjunto de procesos, metodologías e instrumentos y se basan en evidencias comprobadas científicamente, las cuales buscan disminuir la posibilidad de sufrir un evento adverso durante la prestación de un servicio, e incrementar la probabilidad de actuar de forma eficaz cuando sucedan y así aminorar las consecuencias.⁽¹⁵⁾

La cultura de la seguridad del paciente: concierne a organizaciones, grupos e individuos y es producto de creencias, actitudes, percepciones, valores, competencias, patrones de comportamientos que surgen a partir del desarrollo de la práctica cotidiana, las cuales están dirigidas a reducir el daño del usuario, y proporcionar un máximo bienestar. A su vez está condicionada por mecanismos donde los integrantes pueden reconocer y notificar errores e incidentes, fomentando la colaboración entre los profesionales para conseguir soluciones a las inseguridades y un interés inherente de la organización para otorgar medidas de corrección.

El perfeccionamiento de una cultura de seguridad tiene beneficios: dentro de los cuales se identifican: el efecto positivo en la operatividad de la organización, reflejado en la información del personal sobre “qué puede ir mal” y “qué ha ido mal”, de este modo minorar la recurrencia y entereza pertinente al aprendizaje.

La prevención y comunicación, otro aspecto importante es que permitirá reducir el síndrome de Burnout y las ocurrencias de efectos adversos ya que el personal labora con menos stress, culpabilidad y falta de confianza.⁽¹⁶⁾

La cultura de seguridad en el paciente posee dimensiones: de acuerdo a Agencia para la investigación y la calidad de la asistencia sanitaria AHQR, lo sintetiza como el logro de aptitudes individuales y de grupo, conductas, apreciaciones, modelos de comportamiento y capacidades que se concretan en el compromiso y capacidad de un establecimiento de salud, caracterizándose por una comunicación basada en la seguridad y sedimentada en la capacidad de las medidas preventivas instauradas para eludir los incidentes adversos.

Dentro de los resultados más significativos en el desarrollo de la cultura de seguridad: están la frecuencia de eventos adversos informados y los sistemas de reportes que establecen una táctica esencial que permite prevenir posibles errores en el futuro.

Los sistemas de reportes tienen dos funciones, las cuales están encaminadas en a garantizar la responsabilidad social, de forma opcional o complementaria, de modo que las personas concedan información valiosa para una mejora continua, mientras que los sistemas de registro se utilizan para compilar información tanto de incidentes y sucesos desfavorables, y a su vez permitan aprender de los errores percibidos.

La apreciación de seguridad, tiene vital importancia ya que la medición de la cultura de seguridad busca determinar su nivel en cada componente, y así respaldar las intervenciones de mejora, como actitudes, percepciones, y sucesos de seguridad. La percepción de la cultura de seguridad ha sido medida en varias investigaciones, y ha sido descrita como un conglomerado de componentes abstractos, de índole peculiar, la cual dan efecto de declaraciones y de resultados reales.

Como primer componente de la cultura de seguridad es el trabajo en equipo: basada en brindar una atención sanitaria segura, el cual necesita de

personas que sean competentes con sus funciones y responsabilidades ligadas a lograr los mejores intereses del usuario.

Dentro de ello se circunscriben el trabajo en equipo dentro del servicio, donde el personal tiene que ser eficiente, para lograr una impresión imminente y efectivo en la seguridad del usuario.

También se contempla el trabajo en equipo entre los servicios, en el que las barreras de comunicación se dan mediante las jerarquías, el no reconocer errores humanos y la falta de preparación ante la situación; desarrollando un mal trabajo lo cual conlleva a eventos adversos.

El trabajo en equipo tiene como propósito reducir los errores gracias a la enseñanza de cada personal, así afrontar adecuadamente en situaciones adversas. Por ello se centran en la formación de destrezas donde la comunicación es clara, con un ambiente razonable y favorable entre el personal. Estos a su vez están capacitados para brindar apoyo cuando se amerite y dar solución a errores o incidentes delicados.

Como segundo componente la comunicación: favorece los procesos de resolución de problemas, toma de decisiones, planificación y establecimiento de objetivos asimismo fomentar una responsabilidad compartida en la atención al usuario.

Una comunicación cimentada en la confianza es una característica principal de una cultura positiva dentro de las instituciones.

En tercer lugar está el componente de la gestión – dirección: se resume en la formación organizacional hacia el avance continuo en la seguridad, la cual se origina en el seno de la organización mediante las personas que lo componen y grupos a la cual pertenecen, están orientados al desarrollo y generación de competencias los cuales van a permitir a la organización mejorar su actuar y rendimiento.

Las organizaciones con amplio potencial de aprender, son aquellas que sostienen noción de curiosidad y una peculiaridad abierta, pues asumen que siempre hay algo por conocer a causa de dudas, inseguridades y dificultades que definen su ámbito en la cual trabajan.

La dotación de personal, de un establecimiento de salud resulta en gran medida compleja, pues se deben considerar aspectos que permitan determinar el cálculo de personal requerido, para solucionar necesidades de salud más frecuentes en los usuarios de manera efectiva, así como detallar criterios para valorar la disponibilidad, en cuanto a la gestión, esta se vincula con el trabajo desarrollado por el personal.

Resulta fundamental el respaldo de la dirección para protección del usuario, ya que el progreso de la seguridad debe ser el anhelo máximo, concreto y declarado. Los estudios denotan cuan mayor es el grado de compromiso, mayor también es el compromiso de los integrantes, teniendo así una contribución efectiva en la prevención de percances, y en el rendimiento de los trabajadores

Y finalmente, el componente supervisión: es un argumento no sancionable a los errores, resulta ser una de las mayores barreras a una discusión abierta de los mismos, la vergüenza y el miedo vinculados a hacerlo públicos estos errores, como la carente confianza en que su manifestación origine medidas de avances continuos de calidad, y no reprimendas.

La necesidad de inquirir al responsable y sancionar está muy arraigada en nuestra sociedad, pues solo en el hecho de incurrir en error, es asociado a quien lo ejecuta, y se le hace responsable. Para lograr una nueva mentalidad cultural es principal la adquisición de un lenguaje que vaya con los esfuerzos de protección del usuario y excluya la culpabilidad.

El mayor miedo de los empleados al reconocer los errores en vista de sus compañeros de trabajo, es el sentimiento de vergüenza, por lo que son más propensos a omitir esta información, suponiendo que son los únicos que cometen errores.

El riesgo de eventos adversos aumenta con los problemas de cambios de turno, transferencia de pacientes, por lo que se debe inculcar a los miembros a tomar consciencia de la seguridad del usuario. El reconocimiento de estas situaciones va a disminuir la probabilidad de errores y eventos adversos.

Para mejorar estas situaciones el supervisor o responsable de la unidad, es necesario que recoja y transmita la información de cada turno de trabajo, de la misma manera esta debe ser compartida con el personal de otras áreas que laboran en la mismo servicio, todo ello para lograr la excelencia en seguridad. Estos líderes alcanzan resultados óptimos basándose en la credibilidad y confianza entre el personal de la institución.

El líder es quien predica con el ejemplo, pues demuestran con sus acciones que la seguridad del usuario es fundamental, debe fomentar competencias donde se incluyan capacitaciones sobre seguridad, las cuales contengan la formación de equipos y el desarrollo de habilidades y, y lo más trascendental crear sentido de la responsabilidad. ⁽¹⁰⁾

LA CULTURA DE SEGURIDAD EN CENTRO QUIRÚRGICO

Contempla al paciente quirúrgico en tres fases y es definido como aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.

El personal de salud médico y de enfermería desempeña un importante papel durante *la fase preoperatoria*, en donde verifican la adecuada preparación del paciente; mediante una completa valoración, evaluación del riesgo y

educación, que permita una evolución operatoria adecuada y una recuperación favorable sin complicaciones.

Los cuidados en la fase intraoperatoria: inician desde el ingreso del usuario al quirófano y concluye con la culminación del procedimiento quirúrgico. En ésta fase el paciente depende totalmente del personal médico y de enfermería, los cuales están altamente capacitados para cumplir con sus responsabilidades dentro de quirófano. En esta etapa el actuar del personal de salud se basa principalmente en la seguridad del paciente, para así disminuir las posibles complicaciones post operatorias.

Los cuidados en la fase postoperatoria: comienzan cuando acaba el acto quirúrgico y el paciente ingresan a la sala de recuperación. Los cuidados que se brinda se centran entorno a la valoración integral del usuario y su continua vigilancia, con la finalidad de prever una atención de alta calidad, se inicia con el reconocimiento de complicaciones potenciales y su oportuno tratamiento con capacidad, seguridad y calidez.

Todo gira en torno a un contexto, centro quirúrgico: definido como unidad operativa compleja cuya función es reunir en un área física, todos los elementos materiales y humanos que sean necesarios para desarrollar el acto quirúrgico y la recuperación anestésica en forma eficiente, eficaz. ⁽¹⁷⁾

CAPITULO IV

HIPOTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

La cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Setiembre-
Noviembre del 2018, es fuerte.

4.2. HIPÓTESIS NULA

La cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Setiembre-
Noviembre del 2018, es débil.

4.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La cultura de seguridad del paciente en la dimensión de resultados es positivo.
- Los resultados en la dimensión de trabajo en equipo es positivo.
- Los resultados en la dimensión de comunicación en equipo es positivo.
- Los resultados en la dimensión de dirección y gestión es positivo.
- Los resultados en la dimensión de supervisión es positivo.

CAPITULO V

MATERIAL Y METODO

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO

De enfoque cuantitativo con diseño no experimental, descriptivo de corte transversal.

5.2. POBLACIÓN

Estará conformado por 80 profesionales de salud considerados entre médicos y enfermeras que trabajan dentro del área de centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Médicos y enfermeras que trabajan más de 6 meses dentro del área de centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Criterios de exclusión:

- Médicos y enfermeras que desempeñan un cargo administrativo.
- Médicos y enfermeras que se encuentran en capacitaciones o pasantías en el área de centro quirúrgico.

5.3. TÉCNICA/INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

5.3.1 Técnica

Encuesta

5.3.2 Instrumento

El instrumento consigna un cuestionario que mide la cultura de las organizaciones mediante la escala de Likert, se aplicará la versión española adaptado por la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España respecto a la seguridad del paciente del cuestionario original creada por la Agency for Healthcare Research and Quality de EE.UU.

Cuenta de 5 dimensiones de evaluación:

| | |
|--|-------------------|
| RESULTADOS DEL DESARROLLO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD | |
| Frecuencia en la comunicación de eventos adversos. | 40,41,42 |
| Apreciación sobre seguridad. | 10,15,17,18 |
| TRABAJO EN EQUIPO | |
| Dentro del servicio. | 1, 3, 4, 11 |
| Entre los servicios. | 24, 26, 28, 32 46 |
| COMUNICACIÓN | |
| Franqueza en la comunicación. | 35, 37, 39 |
| Comunicación sobre los errores. | 34, 36, 38 |
| GESTION Y DIRECCION | |
| Aprendizaje y mejora organizacional. | 6, 9, 13 |

| | |
|---|----------------|
| Dotación de personal. | 2, 5, 7, 14 |
| Apoyo para la protección del usuario de parte de la gerencia del nosocomio. | 23, 30, 31 |
| SUPERVISIÓN | |
| Omisión e impunidad frente a los errores. | 8, 12, 16 |
| Dificultad en las transiciones de usuarios entre servicios o en los relevos de turno. | 25, 27, 29, 33 |
| Acciones y expectativas del jefe para favorecer la seguridad. | 19, 20, 21, 22 |

El instrumento contiene ítems formuladas positivamente y negativamente.

Las respuestas se codifican en tres categorías:

- **Negativo** (muy en desacuerdo, desacuerdo; raramente, nunca).
- **Neutral** (ni de acuerdo/ni en desacuerdo; a veces).
- **Positivo** (muy de acuerdo, de acuerdo; casi siempre, siempre).

Para los indicadores de cada dimensión se aplicara la siguiente fórmula:

Σ Respuestas (positivas, neutras o negativas) de una dimensión x 100

Total de respuestas de una dimensión

Para determinar la dimensión como fuerte o débil se utilizan los siguientes parámetros:

- Para fuerte: $\geq 75\%$ de respuestas positivas a ítems formuladas en forma positiva. Y $\geq 75\%$ de respuestas negativas a ítems formuladas en forma negativa.

- Para débil: $\geq 50\%$ de respuestas negativas a ítems formuladas en positivo. Y $\geq 50\%$ de respuestas positivas a ítems formulados en negativo.

5.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Se presentará el proyecto al comité de revisión de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Se solicitará formalmente a la Dirección del Hospital Nacional Cayetano Heredia la autorización y el permiso respectivo para la ejecución del estudio.
3. Se coordinará con la Jefa del Departamento de Enfermería para la autorización respectiva, el mismo que se llevará a cabo durante el presente año.
4. Se coordinará con la jefatura de centro quirúrgico para informarle sobre la investigación y los objetivos a realizar.
5. En la reunión mensual, se les informará sobre la investigación y se les hará entrega del consentimiento informado a los participantes.
6. La aplicación del cuestionario sobre cultura de seguridad, será realizada en dos etapas, donde en la primera etapa se aprovechará la reunión mensual programada por la jefatura del servicio de centro quirúrgico, que se lleva a cabo un día al mes respectivamente. Segunda etapa: durante seis semanas del siguiente mes elegido aleatoriamente, aplicando un promedio de 4 cuestionarios por día, este será aplicado de manera individual a los profesionales entre médicos y enfermeras que según lista falten registrarse como evaluados, de esta manera se completará la totalidad de la población en estudio.
7. Se cuantificará los resultados obtenidos por el instrumento de estudio.

5.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos de la variable serán tabulados y procesados estadísticamente, aplicando el paquete estadístico SPSS 22, y Excel. Los resultados serán presentados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación correspondiente.

5.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADORES | VALOR FINAL |
|---|---|--|--|--|--|
| Cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico. | Conjunto de conductas, valores, y normas de médicos y enfermeras que laboran en centro quirúrgico y que intervienen en los comportamientos individuales y del grupo, para reducir los daños y riesgos en el paciente de centro quirúrgico del | Resultados de la cultura de seguridad. | Frecuencias de reporte de incidencias de seguridad del paciente. | Grado de Cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico. | Se utilizará los siguientes parámetros: Cultura fuerte ≥ 75% de respuestas positivas a ítems formuladas en forma positiva. ≥ 75% de respuestas negativas a ítems formuladas en forma negativa. Cultura débil: ≥ 50% de respuestas negativas a ítems formuladas en positivo. |
| | | Trabajo en equipo. | Acciones en conjunto para los mejores intereses del paciente. | | |
| | | Comunicación en equipo. | Interacción respetuosa basada en la confianza y la promoción de la responsabilidad compartida, reduciendo errores en beneficio del paciente. | | |

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|---|--|--|
| | Hospital Nacional Cayetano Heredia. | Dirección y gestión. | Desarrollo de competencias que permiten mejorar el actuar y resultados en equipo, valorando su suficiencia, disponibilidad y compromiso en mejorar la seguridad para el usuario. | | Y \geq 50% de respuestas positivas a ítems formulados en negativo. |
| | | Supervisión | Proceso de evaluación q mide y/o verifica lo realizado frente a lo previsto según ciertos patrones, estándares o indicadores. | | |

CAPITULO VI

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Principio de autonomía:

El personal quirúrgico comprende la voluntariedad de su participación; el cual estará evidenciado en el consentimiento informado.

Los datos obtenidos solo serán utilizados con fines del estudio.

Principio de justicia:

No se realizará ningún tipo de discriminación entre el personal quirúrgico.

Principio de beneficencia:

Los resultados que se obtengan favorecerán el trabajo del personal quirúrgico, ya que facilitara el desarrollo de medidas estratégicas con el fin de reducir eventos adversos.

Principio de no maleficencia:

El estudio no originará ningún riesgo ni daño alguno a los profesionales de salud que participan en el estudio.

6.2.CRONOGRAMA

| N° | ACCIONES | CRONOGRAMA: 2018 | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| | | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| 1 | Formulación del problema. | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Justificación- Objetivos. | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Base teórica. | | | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| 4 | Hipótesis | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 5 | Diseño del estudio. | | | | | | X | | | | | | | | | | |
| 6 | Población y muestra. | | | | | | X | X | | | | | | | | | |
| 7 | Operacionalización de variables. | | | | | | | X | | | | | | | | | |
| 8 | Permisos para la elaboración del proyecto de tesis (HNCH – Centro quirúrgico). | | | | | | | | | | | X | | | | | |
| 9 | Recolección de datos. | | | | | | | | | | | | X | X | X | | |
| 10 | Procesamiento de datos. | | | | | | | | | | | | | | X | X | |
| 11 | Consideraciones éticas y administrativas. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|
| 12 | Referencias bibliográficas. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| 13 | Redacción del informe final. | | | | | | | | | | | | | | | X |
| 14 | Generalización e Impresión del trabajo. | | | | | | | | | | | | | | | X |
| 15 | Sustentación del trabajo académico. | | | | | | | | | | | | | | | X |

6.3 PRESUPUESTO

6.3.1. Recursos materiales:

| Descripción | Cantidad | Costo unitario | Costo total |
|-----------------|-----------|----------------|-------------------|
| Impresiones | 500 | S/.0.20 | S/. 100.00 |
| Movilidad | 30 | S/.7.00 | S/. 210.00 |
| Refrigerio | 100 | S/.4.00 | S/.400.00 |
| Internet | 150 horas | S/.1.00 | S/.150.00 |
| Anillados | 10 | S/.5.00 | S/.50.00 |
| Fotocopias | 200 | S/.0.10 | S/.20.00 |
| Usb 2GB | 2 | S/.15.00 | S/. 30.00 |
| Papel bond | ½ millar | S/.10.00 | S/.5.00 |
| Lapiceros | 100 | S/.1.00 | S/. 100.00 |
| Lápiz | 100 | S/.1.00 | S/.100.00 |
| Correctores | 80 | S/. 2.00 | S/. 160.00 |
| Engrapador | 2 | S/.5.00 | S/. 10.00 |
| Grapas | 100 | S/.0.05 | S/. 5.00 |
| Fólderes | 10 | S/. 0.50 | S/. 5.00 |
| SUBTOTAL | | | S/.1345.00 |

6.3.2. Recursos humanos:

| | |
|---------------------|-------------------|
| Consultas técnicas. | S/. 700.00 |
| Imprevistos. | S/. 400.00 |
| Total | S/.2445.00 |

6.4.FINANCIAMIENTO

El trabajo será financiado por las investigadoras en su totalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
2. Aranaz J, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Rev. Calidad asistencial, 2011, Vol. 26, N°6, España.
3. Ministerio de salud, gobierno del Perú. Lima, Perú. Disponible desde: https://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/index.html
4. Seguridad del paciente y cultura de seguridad, Revista Médica Clínica Las Condes. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
5. Aparecida P, Donato L, Gomes M, Cunha de Oliveira L. Cultura de Seguridad en el Centro Quirúrgico de un Hospital Público, En la percepción de los profesionales de la Salud. Brasil. Dic 2015.
6. Gómez O. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería (tesis). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2015.
7. Guardado R. Evaluación de la cultura de seguridad y del trabajo en equipo del personal de cirugía general del Hospital Nacional Rosales. El salvador. Nov 2015.
8. Félix M, Vicente M, De la Cruz C. Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México 2015.(tesis)
9. Figueroa M. cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa (tesis). Lima: Universidad Cesar Vallejo, Facultad ciencias de la salud, 2016
10. Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del hospital nacional dos de mayo

- (tesis). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Enfermería, 2015.
11. Guía técnica: lista de verificación de la seguridad de la cirugía (RM 308-2010/MINSA), Ministerio de Salud 2010.
 12. C. Vincent ,Patient safety Churchill, Livingstone, (2006)
 13. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya A. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Nov 2015, Academia Mexicana de Cirugía disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>
 14. Organización mundial de la salud. Washington, EEUU. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id
 15. Ministerio de Salud. Documento técnico: Plan nacional para la seguridad del paciente 2006-2008. Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/RM676-2006>.
 16. Sistema Sanitario de Universidad de Michigan, EEUU. Mejorando la seguridad del paciente en los Hospitales. Mayo 2016. Disponible en : http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/traducciones/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf
 17. Principios clínicos de los cuidados perioperatorio, Revista Fuden. Disponible desde: <http://www.fuden.es/soluciones-y-servicios/tienda/product/94-principios-clinicos-de-los-cuidados-perioperatorios>

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCION

Estimada colega, somos enfermeras estudiantes de la especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico de la UPCH, y teniendo los permisos respectivos de la institución, nos encontramos aplicando un cuestionario auto administrado, con el objetivo de obtener información acerca de la cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud; para ello solicito se sirva responder en forma veraz las siguientes preguntas. La información recabada será de carácter anónimo; además ello permitirá establecer una línea de base sobre cultura de seguridad, para la posterior implementación de estrategias.

DATOS GENERALES:

Profesión:

Codigo.....

Especialidad..... Edad.....

Sexo.....

Tiempo que trabaja en el servicio de centro quirúrgico del HNCH.....

INSTRUCCIONES:

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

| Enunciados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-------------------|---------------|---------------------------------|------------|----------------|
| | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
| 1.- El personal se apoya mutuamente en el servicio de centro quirúrgico. | | | | | |
| 2.- Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. | | | | | |
| 3.- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. | | | | | |
| 4.- En el servicio nos tratamos con respeto. | | | | | |
| 5.- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. | | | | | |
| 6.- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. | | | | | |
| 7.-Tenemos personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente. | | | | | |
| 8.- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| utilizan en tu contra. | | | | | |
| 9.- Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir. | | | | | |
| 10.- Solo por casualidad ocurren errores en el servicio. | | | | | |
| 11.- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros. | | | | | |
| 12.- Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema. | | | | | |
| 13.- Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. | | | | | |
| 14.- Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa. | | | | | |
| 15.- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo. | | | | | |
| 16.- El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 17.- En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes. | | | | | |
| 18.- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención. | | | | | |
| 19.- Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos. | | | | | |
| 20.- Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. | | | | | |
| 21.- Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. | | | | | |
| 22.- Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez. | | | | | |
| 23.- La dirección de este hospital propicia un ambiente | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| laboral que promueve la seguridad del paciente. | | | | | |
| 24.- los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos. | | | | | |
| 25.- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro. | | | | | |
| 26.- Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos. | | | | | |
| 27.- A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno. | | | | | |
| 28.- En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios. | | | | | |
| 29.-Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital. | | | | | |
| 30.- Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria | | | | | |
| 31.- La dirección solo parece interesada en la seguridad del | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| paciente después de que ocurre un suceso. | | | | | |
| 32.- Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes. | | | | | |
| 33.- Los cambios de turno constituye problemas para los pacientes en este hospital. | | | | | |
| 34.- Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado. | | | | | |
| 35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad | | | | | |
| 36.- Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio. | | | | | |
| 37.- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | | | | | |
| 38.- En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que | | | | | |

| | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|--------------|-------------|
| no vuelvan a ocurrir. | | | | | |
| 39.- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien. | | | | | |
| 40.- Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. | | | | | |
| 41.- Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. | | | | | |
| 42.- Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. | | | | | |
| | Excelente | Muy bueno | Aceptable | Pobre | Malo |
| Asigne a su servicio una valoración general en seguridad del paciente. | | | | | |
| | | | | | |

Gracias por completar esta encuesta, su participación es muy útil para implementar mejoras en la seguridad del paciente en el servicio del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia.