



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**“PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN ENFERMERAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO
DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD, LIMA-2022”**

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

AUTOR:

LIC. SATURNO MAURICIO, MABEL ZAYDA

<https://orcid.org/0000-0003-1244-906X>

ASESOR:

Dr. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY

<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERÚ

2022

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Saturno Mauricio, Mabel Zayda**, con DNI **42342721**, en mi condición de autor(a) del trabajo académico presentada para optar el **Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico**, de título **“Percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras del centro quirúrgico de una institución privada de salud, Lima-2022”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de **14%** y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de noviembre del año 2022.



Mabel Zayda Saturno Mauricio
42342721



Eduardo Percy Matta Solis
42248126

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

¹ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

INFORME DE ORIGINALIDAD - TURNITIN

MABEL ZAYDA SATURNO MAURICIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	14%	2%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
7	www.who.int Fuente de Internet	1%
8	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
9	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%

10	revcompinar.sld.cu Fuente de Internet	1%
11	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	www.scielo.org.co Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias : = 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS	20
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	279
ANEXOS	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable	36
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	37
Anexo C. Consentimiento informado	40

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras de centro quirúrgico de una institución de salud privada, Lima-2022.

Materiales y método: El enfoque del estudio será el cuantitativo, y el diseño que se empleará será el descriptivo-transversal. La población muestral estará conformada por 20 profesionales de enfermería de centro quirúrgico en las que se encuentran el personal de sala de operación y sala de recuperación. Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la encuesta y el instrumento denominado “cuestionario sobre seguridad del paciente en hospitales” de la “Agencia de salud, investigación y calidad de Estados Unidos (AHRQ)”, conformada por 43 ítems y 5 dimensiones, de respuesta tipo escala Likert; clasificando a las dimensiones como fortaleza o debilidad según el porcentaje obtenido. **Resultados:** Los resultados se presentarán en tablas y gráficos estadísticos, y se utilizará las medidas de tendencia central para el análisis cuantitativo. **Conclusiones:** La investigación brindará datos que contribuirán a la mejora de la gestión de la seguridad del paciente en centro quirúrgico, el que contribuirá en incrementar la calidad de atención.

Palabras claves: Cultura de seguridad del paciente; profesionales de enfermería; quirófano. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To determine the patient's perception of the safety culture of the surgical center nurses of a Private Health Institution, Lima-2022. **Materials and method:** The focus of the study will be quantitative, and the design that will be used will be descriptive-cross-sectional. The sample population will be made up of 20 nursing professionals from the surgery center, including the operating room and recovery room staff. For data collection, the survey technique and the instrument called "patient safety questionnaire in hospitals" of the "United States Agency for Health, Research and Quality (AHRQ)" were used, consisting of 43 articles and 5 dimensions, Likert scale type response; classifying the dimensions as strength or weakness according to the percentage obtained. **Results:** Results will be maintained in statistical tables and graphs, and measures of central tendency will be maintained for quantitative analysis. **Conclusions:** The research will provide data that will contribute to the improvement of patient safety management in the surgical center, which will contribute to increasing the quality of care.

Keywords: Patient safety culture; nursing professionals; operating room. (Source: Mesh).

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, hace referencia que “el propósito de la cirugía es salvar vidas, pero la falta de seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, que llevan a repercusiones importantes en la salud pública”; y estimó que en el mundo, más de 10 millones de pacientes son aquejados por alguna lesión en centros quirúrgicos, de ellas 1 millón fallecen en la operación o inmediatamente después; en países desarrollados 1 en 10 pacientes tendrá una lesión, y en países en vías de desarrollo la probabilidad es 20 veces más; y de los eventos adversos (EAs) que se presentan, casi el 50% son prevenibles (1).

Por los datos presentados, la OMS, en el mismo año, priorizó a la seguridad en centro quirúrgico; como el segundo reto de la salud a nivel mundial; por ser los eventos adversos quirúrgicos, un aspecto importante que impacta la salud, a la economía, por sus altos costos sociales, y debido a que la mayoría se atribuye a fallas y dificultades en la atención en salud (2).

También, en el año 2020, la OMS, detalla que los procedimientos quirúrgicos provocan complicaciones en un 25% de los pacientes atendidos, el error de medicación tiene un costo asociado que asciende a US\$ 42 000 millones al año, las infecciones secundarias a la atención de salud en países desarrollados daña a 7-10 por 100 pacientes hospitalizados; las inyecciones poco seguras, la transmisión de VIH y la hepatitis B y C se traduce en 9,2 millones de años de vida perdidos (tanto por discapacidad o muerte); las transfusiones poco seguras ponen en riesgo a los pacientes de presentar reacciones adversas y/o contagio de infecciones, con una incidencia de 8,7 reacciones adversas por 10 000 unidades transfundidas; las tromboembolias venosas con 3,9 millones de casos al año en países de desarrollados y 6 millones en países sub desarrollados (3).

De igual forma, en España, en el año 2005 en el “estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)”, realizado por el

Ministerio de Sanidad y Consumo, en 24 hospitales y 5,624 pacientes; se concluyó que los EAs fue del 9,3%, cifra similar a la de los estudios realizados en países americanos, australianos y europeos. El 55% fueron moderado o grave, el 31,4% generó un aumento de la estancia hospitalaria y en un 25% determinó un reingreso; las causas estuvieron relacionadas con la medicación, infecciones hospitalarias o problemas técnicos y de estas el 42,6% podría haberse evitado (4).

De igual forma, en la Unión Europea (UE) en el año 2015, con el informe “mejorar la seguridad de los pacientes en la Unión Europea” se evidencia que los EAs representan un 8% -12%. En España el 9,3% de pacientes presentan un evento adverso, en Reino Unido el 10,8%, en Portugal, Francia y Dinamarca el 11,1% cada una (5).

A diferencia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2020, reportó que, en los centros quirúrgicos de Latinoamérica, la probabilidad de daño en el paciente es alta con un 65%; el riesgo de infección debido a la atención de salud hasta el 80%; de estas EAs el 70% se puede prevenir y el 30% se relacionaron con la muerte del paciente (6).

Así mismo, el estudio realizado por “IBEAS-prevalencia de efectos adversos en hospitales Latinoamericanos”, con una muestra de 11000 pacientes, de 58 centros hospitalarios, pertenecientes a 5 países: Colombia, Argentina, México, Costa Rica y Perú; se tuvo como resultado que los EAs fue un 10,5 %, y un 6% de muertes; de las que el 60 % se pudieron evitar (7).

También, en México, en el año 2017, se identificó que un 50% de los EAs fueron cuasi falla y no ocasionaron lesión al paciente, pero para el 50% se requirió observación; el 22% tuvo una lesión eventual, y el 2,2% daño muy grave o fatal. De éstas el 70,5% fue considerada evitable, el 20,2% gran posibilidad de ser evitable, el 5,9% probablemente pudo ser evitable y el 1,7% inevitable (8).

De igual forma, en Ecuador, en el año 2016, en un estudio relacionado a los EAs y los cuidados de Enfermería, se concluyó que éstos, no estuvieron sujetos a factores extrínsecos (no se utilizaron catéter periférico, sondas u otros) en un 88,5%. El 50% de los EAS se clasificaron en sucesos sin lesión y el 34,6 % de los casos presentaron complicación; y el 100% de los EAs pudieron ser evitables (9).

Al igual, en Brasil, en el año 2019, un estudio realizado en un hospital quirúrgico se evidenció que la prevalencia de EAs quirúrgicos fue del 21,8%; en el 52,4% la identificación fue en el retorno a consulta ambulatoria; de los cuales el 90% eran evitables y más de 2/3 tuvieron daños leves a moderados. Las fallas técnicas-quirúrgicas fueron el 40% de los casos, la infección asociada a la atención de la salud un 50% y la infección del sitio quirúrgico fue un 30%, la dehiscencia de sutura quirúrgica 16,7, hematoma/seroma 15% (10).

También, en Colombia, en el año 2019, se realizó un estudio con más de 3500 pacientes quirúrgicos, se evidenció que, de la administración de medicamentos en cirugía de urgencia, el 60% se presentó algún tipo de error, de las cuales el grupo farmacológico con más equivocaciones fueron los anestésicos generales en un 32%; estos errores se establecieron como situaciones con potencial de daño y el 80% pudieron ser prevenidas (11).

De igual magnitud, en Chile, en el año 2017, en un estudio se evidenció que la tasa global de incidentes fue 71,1%; de ellos, los errores de medicación fueron el 89,56%, el retiro de invasivos por el paciente un 5,29%, incidentes asociados a la contención 3,52% y caídas con el 1,92%. Y los servicios involucrados comprenden, la unidad de cuidados intermedios con 29,8%, el servicio de medicina con 28,8%, pediatría un 12,4% y médico-quirúrgico con 12,9% (12).

A nivel nacional, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en el año 2015, a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad se encuentra impulsando documentos normativos enfocados a mejorar la seguridad y calidad en la

atención a pacientes; como consecuencia a ello se tiene reportes de vigilancia y efectos adversos con una prevalencia de EAs de 11,6%, de ellos los servicios quirúrgicos alcanzan un 9,6% de prevalencia (13).

De igual forma, en el Hospital Cayetano Heredia, en Lima, en el periodo del 2014-2015, reportó que las infecciones intrahospitalarias de sitio quirúrgico superficial representan un 17,24%, en el sitio quirúrgico representa el 10,34%, los gérmenes encontrados con más prevalencia en la herida operatoria *Echerichia Coli* y *Staphylococcus Aureus* (14).

De igual forma, en Perú, en el año 2020, en el servicio de Neurocirugía de un hospital de Lima, se concluyó que el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura sólo fue del 42,7%; y del total de la muestra el 25,2% presentaron efectos adversos (15).

Frente a los reportes de EAs, en Perú, en el año 2016-2019, se realizó estudios de evaluación de la Seguridad del paciente con Florida International University (FIU), teniendo como resultado que el 21% del personal de salud valoró como excelente o muy bueno la seguridad del paciente. Sin embargo, este resultado está por debajo a lo valorado en Colombia 65%, Chile 66%, España 72%, Estados Unidos 78%; siendo el Perú uno de los últimos lugares (16).

Frente a las EAs, las instituciones de salud, realizan estudios para identificar fortalezas y debilidades referente a la cultura de seguridad del paciente, como, en el Hospital Regional de Ica, en el año 2017, ninguno de los ítems evaluados supera el 75%; considerándolo como negativa la percepción de la seguridad de los pacientes y las debilidades más importantes son trabajo en equipo, falta de personal, la respuesta no punitiva ante los errores, percepción de seguridad (17).

De igual forma, en el Hospital 2 de Mayo en Lima, en el año 2015, se evidenció fortalezas y debilidades, pero ninguna superó el 75% considerándolo negativa

la percepción de la seguridad; teniendo las dimensiones débiles la apertura en la comunicación, comunicación al personal sobre los errores del servicio, personal insuficiente, disponibilidad de personal y problemas de cambios de turno (18).

En este contexto, el Ministerio de Salud de Perú, desde el año 2006, viene estableciendo lineamientos e implementando estrategias y acciones para mejorar la seguridad del paciente; elaborando planes nacionales y diseñando un sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos; plasmado en el documento técnico Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008 con RM 676-2006/Minsa (19).

Es imprescindible trabajar para construir una cultura de seguridad (CSP) dentro de las instituciones de salud, para ofrecer una atención con calidad y seguridad a los pacientes, reduciendo los costos por efectos adversos de la asistencia sanitaria y generando una mayor satisfacción; en ese camino las enfermeras tenemos un papel importante en el empoderamiento de esta estrategia, por ser la seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado, por ser responsables de la atención directa y continua de los pacientes; en este escenario es necesario evaluar las fortalezas y debilidades de la CSP y, basado en los resultados elaborar un plan de mejora.

De acuerdo con la OMS, la seguridad del paciente (SP) es “la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable” (20); y el daño al estar relacionado con salud se denomina evento adverso (EAs), las cuales son lesiones que ocurren durante el proceso asistencial y, al no ser directamente consecuencia de la enfermedad, se pueden considerar que son generados por el propio sistema de salud, ya sea por acción u omisión (21).

Reason, el psicólogo británico en 1990 postula que la seguridad en salud se basa en dos pensamientos; “*la teoría del queso Suizo*”, que el error es parte del ser humano y a pesar de múltiples esfuerzos jamás se logrará extinguir, pero se

puede disminuir mediante el desarrollo de estrategias de control, transformando el ambiente y haciendo más segura”; y “la *cultura de seguridad (CS)*, se refiere al pensamiento no punitivo, con compromiso de las personas y organizaciones con la seguridad, abierto y de confianza mutua, donde los errores son considerados fuente para el aprendizaje y no usados para castigar” (22).

El concepto de cultura de la seguridad del paciente (CSP) tiene sus inicios en los años 80 posterior del desastre nuclear de Chernóbil, y se definió como “el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización” (23).

En la CSP incluyen factores tanto humanos, técnicos, organizativos como culturales, y para determinar una CSP es necesario analizar el comportamiento del sistema en tres niveles que involucra al personal asistencial de manera individual, nivel de unidad o servicio y nivel institucional; y estos niveles se dividen en 12 subgrupos denominados “dimensiones”, el cual nos permite identificar sus fortalezas y debilidades del sistema (24). Expertos en seguridad sugieren como componentes de la cultura de seguridad, al trabajo en equipo, el apoyo al liderazgo, la comunicación y una cultura justa, así como una cultura de información y aprendizaje (25).

En el año 2004, el AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality diseñó la encuesta para valorar la percepción de seguridad del paciente en el personal de los hospitales. El AHRQ fue aplicada en más de 66 países, y traducida a 31 idiomas, dentro de ellos el español; donde fue validado con α de Cronbach de 0,64 a 0,88. Este instrumento consta de 12 dimensiones y 42 ítems, cuyas preguntas son aplicadas a través de escala de Likert (26).

En el marco conceptual de enfermería, las atenciones se basan en un enfoque holístico de interacción enfermera-paciente, que involucra un cuidado sustentado en la confianza, la seguridad y la autonomía de la persona (27).

Basado el actuar de enfermería en modelos y teorías; la concepción ética que asienta la seguridad de los pacientes frente a la protección contra el daño, se evidenció en la medicina desde Hipócrates; continuado con Pussin el enfermero psiquiátrico; y las teorías de Nightingale, quienes enfatizan al cuidado y de manera implícita o explícita a la seguridad y protección del paciente, con el término de “abstenerse de causar daño al paciente”, y Henderson con “evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros”, cuya necesidad se ha de satisfacer con el objetivo de evitar complicaciones. A la vez, Faye Glenn Abdellah, formuló su teoría basada en 21 necesidades, siendo el tercero “promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones, y prevención de la propagación de infecciones” (28).

Diversos investigadores también realizaron estudios similares para determinar la cultura de seguridad del paciente entre ellos tenemos:

Bravo y colaboradores (29), en Colombia, en 2018-2019, en su estudio cuyo objetivo fue “valorar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente determinar en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil”, el enfoque fue cuantitativo, de tipo analítico y diseño transversal. La muestra se constituyó por 45 profesionales de salud, el instrumento fue el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety, versión en español. Los resultados fueron que el 50 % de los profesionales encuestados calificaron la seguridad del paciente en su servicio con una nota entre 8 y 9.

Salazar y colaboradores (30), en Colombia, 2020, en su estudio cuyo objetivo fue “medir las variables de la cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y descriptivo. La Muestra fue 514 trabajadores y el instrumento que se aplicó fue AHRQ. Los resultados arrojaron que el clima de seguridad fue aceptable a alto, con un 62% de las respuestas que fueron positivas, se evidenciaron fortalezas en aprendizaje organizacional, mejora continua y trabajo en equipo.

Jaime y colaboradores (31), en Argentina, en el 2021, en su estudio con el objetivo fue “determinar la percepción de la cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense-Argentina”. El enfoque fue cuantitativo, el diseño es no experimental, transversal y descriptivo. La muestra fue 94 licenciados en enfermería. El instrumento usado fue el Hospital Survey on Patient Safety Culture (versión en español). Resultados: La percepción de la cultura de seguridad del paciente es baja, menor al 60-70%, donde las de menor puntuación fueron las dimensiones de los cambios de turnos y en el trabajo en equipo, déficit de sinceridad comunicativa, dificultades en las acciones de dirección.

Dávila (32), en Perú, en el año 2018, en el estudio cuyo objetivo fue “determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018”. El enfoque fue cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptivo. La muestra fue 88 enfermeras. El instrumento de investigación fue la AHRQ. Los resultados fueron que, de los 13 servicios, siete de ellas (anestesiología, gineco-obstetra, pediatría, emergencia, laboratorio, sala de partos y radiología) tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores a 75%, considerándolo como fortaleza; y las seis restantes (cirugía, sala de operaciones, farmacia, imagenología, cardiología) tuvieron respuestas menores, por lo que se clasificaron como por mejorar.

Pastor y colaboradores (33), en Ica-Peru, en el año 2017. En el estudio cuyo objetivo fue “determinar la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras asistenciales del hospital regional de Ica-2017”. El enfoque fue cuantitativa, de diseño no experimental y descriptivo. La muestra fue 102 enfermeras, el instrumento utilizando fue el cuestionario para enfermeras de hospitales sobre seguridad de pacientes (CEHSP). Los resultados del estudio no superan el 75% de respuestas positivas, por lo que necesitan un plan de mejora.

Alvaro (34), en Lima-Perú, en el año 2018. En su estudio que tuvo como objetivo “determinar la cultura de seguridad del paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018”. El enfoque de la investigación fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 41 enfermeras. El instrumento que se aplicó fue el cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en los hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Los resultados fueron que en ambas instituciones se evidenció una adecuada cultura de seguridad del paciente. La respuestas positivas en enfermeras de la Clínica Santa Isabel son de 84,4% y en las enfermeras del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz un 59.4%.

El estudio es importante por ser la seguridad una de las metas internacionales de la OMS, y con el resultado de la investigación se generará un aporte en el área de centro quirúrgico, identificando las fortalezas y debilidades frente a la seguridad del paciente, con el cual se elaborará proyectos de mejora continua en la gestión.

En cuanto a la justificación teórica el estudio de investigación llenará el vacío de conocimiento sobre la seguridad del paciente en centro quirúrgico, para aportar en la mejora de los conocimientos de gestión de enfermería. A la vez permitirá ser sustento para comparaciones con otros estudios similares en instituciones privadas de salud.

La justificación práctica es que la investigación mejorará la práctica profesional en el tema de seguridad del paciente en centro quirúrgico, favorecerá a disminuir los efectos adversos, mejorar la satisfacción del paciente y por ende incrementar la calidad de atención. De igual forma se busca motivar a los establecimientos de salud a utilizar el instrumento y definir medidas correctivas que permitan mejorar la seguridad del paciente en sus instituciones.

La justificación metodológica del estudio permitirá que el método y diseño empleado orientará el desarrollo de otros estudios similares. Los instrumentos pueden ser utilizados por otros investigadores y en base a los resultados puede formular propuestas de mejora a la gestión en salud.

El objetivo general de estudio será determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras de centro quirúrgico de una institución de salud privada, Lima-2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque en el cual se basará el estudio de investigación será el cuantitativo, ya que nos permite cuantificar y medir de forma numérica la variable de estudio y porque se utilizará la estadística para responder a la pregunta de investigación. El diseño metodológico que se aplicará será el no experimental, pues no se manipulará la variable de estudio; a la vez será de corte transversal y descriptiva porque la información se obtendrá en un determinado espacio y tiempo y se observará-describirá una situación, evento u fenómeno tal como se da en su contexto natural para luego medirlos y analizarlo (35).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población.

La población de estudio estará constituida por 20 profesionales de enfermería de centro quirúrgico, dentro de ellos está se encuentran el personal de sala de operaciones y de la unidad de recuperación post anestésica, que laboran en la Institución de Salud Privada-Lima, durante los meses agosto a diciembre del 2022, según el reporte de la jefatura de enfermería y basado en el patrón nominal de dicha institución de salud.

Los criterios de inclusión para la investigación será que los profesionales de enfermería firmen el consentimiento informado, profesionales de enfermería que tengan un tiempo de labor mayor a 3 meses en el área y personal de enfermería que realicen labor asistencial.

Los criterios de exclusión serán los profesionales de enfermería que trabajen en el área administrativa o jefatura de servicio, enfermeras ausentes debido a

licencias (enfermedad, vacaciones, permisos), Personal auxiliar o técnico de enfermería.

Muestra.

En el presente estudio se trabajará con la población total (población censal) y se utilizará una muestra de tipo no probabilístico intencional, ya que estará conformado por el total de trabajadores de enfermería de centro quirúrgico de esta institución cuyo número es de 20 trabajadores.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El presente estudio tiene como variable principal la cultura de seguridad del paciente, que según su naturaleza, es una variable cualitativa y la escala de medición es ordinal (36).

Definición conceptual: “La cultura de seguridad del paciente es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización hacia la salud y la seguridad, para evitar los eventos adversos” (23).

Definición operacional: La cultura de seguridad del paciente es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización hacia la salud y la seguridad, para evitar los eventos adversos; en enfermeras de centro quirúrgico (sala de operaciones y área de recuperación post anestésica) de una institución privada de salud, el cual será medido mediante el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (AHRQ).

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica de recolección de datos a utilizarse en la presente investigación será la encuesta auto administrada, la cual es utilizada en estudios cuantitativos y descriptivos, permitiendo obtener una cantidad importante de información de forma óptima y eficaz (37).

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento que se utilizará para valorar la variable en estudio será la versión en español 2005 del cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, “cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en hospitales” (38), adaptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, y por el equipo de investigación de la Universidad de Murcia, el cual fue tomada de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ, desarrollada en el año 2004 en Estados Unidos, la cual mide la cultura de las organizaciones, examina las conductas y actitudes del personal asistencial referente a la seguridad del paciente, notificación de los EAs e identificar fortalezas y debilidades (39).

El instrumento fue validado en español por la Universidad de Murcia con α de Cronbach que oscilo entre 0,64 a 0,88. En Perú, el Ministerio de Salud junto a la Agencia norteamericana de cooperación internacional, con el proyecto “Infecciones Zero” realizado entre los años 2010-2012 emplearon el cuestionario de cultura de seguridad en hospitales nacionales: Hospital Nacional Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Salud del Niño; hospitales de ESSALUD, hospitales de la FAP; siendo adaptado a los servicios y validado para su aplicación en nuestro país.

En Perú, en el año 2015, Martínez (38) en su estudio “cultura de seguridad del paciente en enfermeras de centro quirúrgico, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2015”; encontró una confiabilidad del instrumento, evidenciado por

un α de Cronbach entre 0,6 y 0,8; el cual es aceptable. Para la validez del instrumento se sometió al juicio de expertos contándose con 8 especialistas en el área de enfermería para su aprobación, hallando un $p < 0,05$; por lo tanto, existe concordancia, y es significativo.

El cuestionario se encuentra constituido con 5 dimensiones, 12 indicadores y 42 ítems (preguntas), y una pregunta sobre percepción de seguridad global y valorado mediante escala de Likert; en forma positiva y negativa. Las dimensiones: Resultados de la cultura de seguridad y comunicación con las alternativas con las escalas (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre); y las dimensiones: Trabajo en equipo, gestión/dirección y supervisión, director o jefe con las escalas (muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo) (41).

Se calculará las frecuencias relativas de cada dimensión, indicador e ítem aplicando la siguiente fórmula:

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

Finalmente se clasificará una dimensión siguiendo el resultado:

Fortaleza se empleará el criterio: ≥ 75 % de respuestas con atributo positivo y Oportunidad de mejora el criterio: ≥ 50 % de respuestas con atributo negativo.

Adicionalmente se presenta una pregunta sobre valoración general de seguridad del paciente en el servicio, según escala: excelente, muy bueno, aceptable, pobre y malo.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinación para la recolección de datos

Para el desarrollo de trabajo de campo se solicitará la autorización a la institución privada de Salud con la presentación de una carta de autorización de la Universidad María Auxiliadora para gestionar el permiso de acceso a la institución de salud.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recolección de datos se realizará en el mes de diciembre del 2021, se realizará en 8 días. A cada enfermera se les explicará los objetivos del estudio para invitarlos a participar, así mismo se le entregará el consentimiento informado para ser llenados y dar su aprobación. El llenado del cuestionario será de un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

Luego de terminar el trabajo de campo, se procederá a verificar cada una de las fichas, donde se valora la calidad del llenado y la codificación respectiva.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para el tratamiento estadístico las variables cualitativas se transformaron en cuantitativas en una base de datos en Microsoft Excel, donde se colocará las categorías del instrumento, proporcionándole un puntaje numérico para cada una de las respuestas de la escala Likert. El procesamiento y análisis de datos en la referida investigación se realizará empleando herramientas de la estadística de tipo descriptiva: Organización de los datos, tablas de una entrada, tablas de dos entradas; representación de los datos en diagrama de columnas y medidas de resumen: Media aritmética, desviación estándar, coeficiente de Variación y coeficiente de asimetría (35,37).

Culminado el recojo de datos, se ingresaron los mismos a una matriz generada en el programa IBM SPSS Statistics v.25, ahí se realizará el análisis de datos propiamente dicho.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En el estudio se utilizará los 4 principios bioéticos de la investigación: De autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. De igual forma se aplicará el consentimiento informado a todos los participantes.

Principio de Autonomía

Este principio es referido a la libertad de decisión del participante en la investigación, y la decisión que tome debe ser respetada y promovida como objeto de investigación (40).

Este principio será aplicado en la investigación, al solicitar el consentimiento informado a los profesionales de enfermería para poder ser partícipes en la investigación y para la publicación de los resultados obtenidos.

Principio de beneficencia

Este principio responde al hecho de hacer el bien a otros durante la investigación (41).

Se les informará a los participantes de los beneficios que se obtendrán como resultado en esta investigación y que los datos serán tratados de forma anónima la cual no les perjudicará en las decisiones de gestión que puedan tomarse.

Principio de no maleficencia

Este principio se refiere a no dañar a los participantes durante el proceso de investigación y tener la obligación de disminuir el riesgo de causar un daño (42).

En el estudio se les informará a los participantes que estar inmerso en el estudio no implica ningún riesgo hacia su salud físico ni mental.

Principio de justicia

Este principio está referido a la no discriminación en la selección de los sujetos de investigación (43).

En el estudio los participantes serán incluidos en su totalidad, por lo que serán seleccionados de forma intencional sin preferencia alguna, con un trato de cordialidad y respeto.

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Cronograma De Actividades

ACTIVIDADES	2022																			
	AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema de investigación				X																
Búsqueda bibliográfica					X	X														
Elaboración de la introducción: Situación problemática, marco teórico y antecedentes							X	X												
Elaboración de la sección introducción: Importancia y justificación de la investigación y objetivos.								X												
Elaboración de la sección material y métodos: Enfoque y diseño de investigación								X	X											
Elaboración de la sección material y métodos: Población, muestra y muestreo								X	X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: Técnicas e instrumentos de recolección de datos											X	X	X							
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos												X	X							
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información												X	X							
Elaboración de aspectos administrativos del estudio														X	X					
Elaboración de los anexos															X					
Aprobación del proyecto															X	X	X			
Trabajo de campo																X	X			
Sustentación de informe final																			X	

3.2 Recursos Financieros

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2022				TOTAL
	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	s/.
Equipos					
1 laptop	800				800
USB	20				20
Útiles de escritorio					
Lapiceros	3				3
Hojas bond A4		50	50	50	25
Material Bibliográfico					
Libros	60	60	10		130
Fotocopias	30	30	10	10	80
Impresiones	50	10		30	90
Espiralado	7	10		10	27
Otros					
Movilidad	50	20	20	20	110
Alimentos	50	10			60
Llamadas	50	20	10		80
Recursos Humanos					
Digitadora	150				150
Imprevistos*			50	50	100
TOTAL	1120	210	150	170	1675

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Cirugía Segura Salva vida. [Sede Web] Ginebra-Suiza: OMS; 2008. [Internet]. [acceso 26 de octubre de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008_07_spa.pdf;jsessionid=CD2071A60505B96C680D023C82CA56AB?sequence=1
2. Moura MLO, Mendes W. Evaluación de los eventos adversos quirúrgicos en los hospitales de Río de Janeiro. Brasil. Epidemiol Rev Bras [revista en línea] 2012. [acceso 29 de octubre del 2021].15(3) 523-35 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Estimación mundial de lesiones, discapacidades y muertes por eventos adversos en el servicio de centro quirúrgico. Ginebra: OMS; 2020. [Internet]. 2020. [acceso 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
4. Aranaz J. y colaboradores. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
5. WHO. A brief synopsis on patient safety. [monografía en Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2010. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf?ua=1 [acceso 10/11/2021]
6. Organización Panamericana de la Salud. Reporte latinoamericano de que el paciente sufra eventos adversos en centros quirúrgicos. Washington: OPS;

2020. [Internet]. 2020. [acceso 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
7. Rodríguez R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina [Internet]. 2018 [acceso 10 de noviembre del 2021]; 131(4): 25-30. Disponible en: http://www.neumo-argentina.org/images/revistas/revista_ama_n4_2018.pdf#page=27
 8. Zárate RA y colaboradores. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. Enferm Univ. 2017; 14(4):277-85. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
 9. Vaca A. y colaboradores. Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura en Ecuador. Rev. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. [Internet]. 2016. [acceso 27 de octubre de 2021]; 1(3):102-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
 10. Batista J. y colaboradores. Prevalencia y evitación de eventos adversos quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2019. [acceso 28 de octubre de 2021]; 27 e3171. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XpgShVwtVqC78bymt63Scwc/?format=pdf&lang=es>
 11. Villanueva A. y colaboradores. Análisis de errores con medicamentos en pacientes ingresados en salas de cirugía y recuperación posanestésica de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia. Rev. Salud Colectiva. [Internet]. 2021. [acceso 28 de octubre de 2021]; 17 e3155. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2021.v17/e3155/es>
 12. Cuadros K. y colaboradores. Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2017. [acceso 29 de octubre de 2021]; 25 e2841. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ytKY8vPW8t9mS3BXFMtq9vM/?format=pdf&lang=es>

13. Ministerio de Salud Perú. Noticia de Minsa impulsa normatividad para mejorar la seguridad y atención de calidad al paciente. Lima: MINSA; 2015. [Internet]. 2015. [acceso 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/30267>
14. Hospital Cayetano Heredia. Análisis situacional de salud 2015 Hospital Cayetano Heredia [Internet] 2015 [acceso 26 de octubre de 2021]. Disponible en: www.hospitalcayetano.gob.pe/.../ANALISISSITUACIONALDESALUDHCH2015
15. Arteaga M. Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza. Lima 2020 [tesis maestría]. Perú: Universidad Nacional San Agustín De Arequipa; 2020 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11005/UParsompa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Arrieta, A y colaboradores. Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. Acta Médica Peruana[[revista en línea]. 2019. [acceso 28 de octubre de 2021]. 36(4)309-311 Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/907>
17. Pastor N. y colaboradores. Cultura de Seguridad del Paciente de las Enfermeras Asistenciales del Hospital Regional de Ica-2017. Revista Rev. enferm. vanguard. [Internet]. 2019. [acceso 10 de noviembre de 2021]. 7(2):41-48. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/204>
18. Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015 [tesis Especialidad]. Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2015 [Internet]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5301>

19. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008. Lima. 2006.
20. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO. [Internet]. 2009 [acceso 10 de noviembre de 2021] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
21. Muiño A, Jimenez A. Anales de Medicina Interna. Rev. Med. Interna. [Internet]. 2017 [acceso 10 de noviembre de 2021]; 24(12):602-06. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n12/revision.pdf>
22. Pinheiro M, Osnir J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Revista electrónica trimestral de enfermería-Enfermería Global. [Internet]. 2017 [acceso 10 de noviembre de 2021]; 45(2):309-324. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00309.pdf>
23. Arias J, Gómez R. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. Ces Medicina. [Internet]. 2017 [acceso 10 de noviembre de 2021]; 31(2):180-191. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>
24. López V., Puentes M. y Ramírez, A. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta. [tesis doctoral]. Colombia: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12137>
25. Melendez I, Macías M., Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Revista Cubana de enfermería. [Internet]. 2020 [acceso 12 de noviembre de 2021]; 36(2):14-19. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239/585>
26. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. Clin. [Internet]. 2017 [acceso 10 de noviembre de 2021]; 28(5):785-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

27. WHO. A brief synopsis on patient safety. [monografía en Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2010. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf?ua=1 [acceso 10/11/2021].
28. Cometto María y colaboradores. Enfermería y seguridad de los pacientes. 1° ed. Washington. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
29. Bravo M. y colaboradores. Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. Colombia. Revista Cubana de Enfermería [revista en línea] 2020. [acceso 12 de noviembre del 2021].36(1); e3155 Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3155>
30. Salazar A. y Restrepo D. Cultura de la seguridad del paciente en seis centro quirúrgicos de Antioquia. Colombia. Revista Cuidarte [revista en línea] 2020. [acceso 09 de noviembre del 2021].11(2); e1040 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
31. Jaime N. y Gonzales J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense-Argentina. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. 2021. [acceso 27 de octubre de 2021]. 25(5): e5229. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5229>
32. Dávila L. Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018. [tesis Pros Grado]. Lima-Perú. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/35471>
33. Pastor N. y colaboradores. Cultura de Seguridad del Paciente de las Enfermeras Asistenciales del Hospital Regional de Ica-2017. Revista Rev. enferm. vanguard. [Internet]. 2019. [acceso 10 de noviembre de 2021]. 7(2):41-48. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/204>
34. Álvaro D. y Membrillo N. Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz y la Clínica Santa

- Isabel. Lima. 2018 [tesis Especialidad]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2018. [Internet]. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3728/Alvaro%20c%20Membrillo%20y%20Vilcapuma_TESIS2DAES_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y
35. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la Investigación. 6° ed. México: McGraw-Hill; 2014. 1-634 p.
36. Cabezas E., Andrade D. Introducción a la metodología de la investigación científica. 1° ed. Ecuador: ISBN; 2018. 1-137 p.
37. Córdova I. El proyecto de Investigación cuantitativa. 1° ed. Perú: Editorial San Marcos; 2013.
38. Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015 [tesis Especialidad]. Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2015 [Internet]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5301>
39. Agency for Health Care Research and Quality. AHRQ. Estados Unidos. [Internet] [acceso 24 de noviembre del 2021]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>.
40. Acevedo I. Aspectos éticos en la investigación científica. Ciencia y enfermería. [revista en línea] 2002. [acceso 24 de noviembre del 2021];8(1):15-18. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/251072181_ASPECTOS_ETICOS_EN_LA_INVESTIGACION_CIENTIFICA/link/0399d4d10cf2f321f131cc0a/download
41. Ojeda J., Quintero J. La ética en la investigación. TELOS Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales-UNIVERSIDAD Rafael Belloso Chacín. [revista en línea] 2007. [acceso 24 de noviembre del 2021]; 9(2):345-357. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/993/99318750010.pdf>
42. Martín S. Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. Revista de Enfermería en Cardiología [revista en línea] 2013.

- [acceso 24 de noviembre del 2021]; 1(2):58-59. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf.
43. Inguillay L., Tercero S. Ética en la investigación científica. Revista Imaginario Social [revista en línea] 2020. [acceso 25 de noviembre del 2021]; 3(1):42-51. Disponible en: <http://www.revista-imaginariosocial.com/index.php/es/article/view/10/19>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Cultura de seguridad del paciente	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento (resultado de los valores individuales y de grupo), que determinan el compromiso de una organización hacia la salud y la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua y la depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos	Actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento (resultado de los valores individuales y de grupo), que determinan el compromiso de una organización hacia la salud y la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua y la depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos; en enfermeras de centro quirúrgico (sala de operaciones y área de recuperación post anestésica) de una institución privada de salud, el cual será medido mediante el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en hospitales (AHRQ).	Resultados de la cultura de seguridad del paciente a nivel individual.	Percepción sobre la seguridad del paciente.	4 ítems (40, 41, 42)	Cultura Fuerte Cultura Débil	Fortaleza: $\geq 75\%$ de respuestas positivas. Oportunidad de mejora: $\geq 50\%$ de respuestas negativas
					Frecuencia de eventos notificados.	3 ítems (10,15,17,18)		
				Trabajo en equipo en la cultura de seguridad del paciente	Trabajo en equipo dentro del área o servicio.	4 ítems (1,3,4,11)		
					Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	4 ítems (24,26,28,32)		
				Comunicación en la cultura de seguridad del paciente	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.	3 ítems (34,36,38)		
					Grado de apertura de la comunicación.	3 ítems (35,37,38)		
				Dirección/gestión en la cultura de seguridad del paciente	Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	3 ítems (6,9,13)		
					Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	4 ítems (2,5,7,14)		
					Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	3 ítems (23,30,31)		
				Supervisión en la cultura de seguridad del paciente.	Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.	3 ítems (8,12,16)		
					Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.	4 ítems (25,27,29,33)		
					Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	4 ítems (19,20,21,22)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (AHRQ).

I. PRESENTACIÓN:

Estimada licenciada, tenga usted un buen día; soy estudiante de la segunda especialidad de enfermería: Centro quirúrgico de la Universidad María Auxiliadora. Me encuentro realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en enfermeras de Centro quirúrgico de la institución y contando con los permisos respectivos, se aplicará un cuestionario autoadministrado y pido su colaboración para rellenar el cuestionario, lo cual me permitirá identificar el Nivel de Cultura de Seguridad del paciente en enfermeros de centro quirúrgico de la institución-2022. Sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, lee cada pregunta con atención y elige la respuesta que mejor se adapte a la realidad de tu institución y márcala con una equis(X).

Es importante que respondas a todas las preguntas y que las marcas realizadas sean claras.

DATOS GENERALES:

Edad: _____ años

Sexo del entrevistado:

a. Femenino () b. Masculino ()

Área de labor:

a. Sala de Operación () b. Unidad de Recuperación ()

Años de trabajo en centro quirúrgico:

a. Menos de 3 años () b. 3-5 años () c. Más de 5 años ()

III. CUESTIONARIO

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.- Tienen suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3.- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4.- En este servicio nos tratamos con respeto.					

5.- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6.- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7.-Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
8.- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9.- Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10.- Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.					
11.- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12.- Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13.- Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14.- Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.					
15.- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16.- El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
17.- En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18.- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					
19.- Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20.- Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21.- Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
22.- Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					
23.- La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
24.- los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.					
25.- La información de los pacientes se pierde , en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro					
26.- Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					

27.- A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno					
28.- En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
29.-Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital					
30.- Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31.- La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
32.- Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
33.- Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					
ENUNCIADOS	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
34.- Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad					
36.- Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio					
37.- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
38.- En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.					
39.- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente no está bien.					
40.- Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41.- Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42.- Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque revisiblemente podrían haber dañado al paciente.					
	Excelente	Muy bueno	Aceptable	Pobre	Malo
43. DALE A SU SERVICIO UNA VALORACIÓN GENERAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.					

Gracias por completar este cuestionario, su participación es muy útil para implementar mejoras en la seguridad del paciente.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Usted ha sido seleccionada para participar en este estudio de investigación de salud. Sugiero que antes de decidir su participación, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes datos:

Título del proyecto: Percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras del centro quirúrgico de una Institución Privada de Salud, Lima-2022.

Nombre y apellidos de los investigadores principales: MABEL SATURNO MAURICIO.

Objetivo del estudio: El objetivo general de estudio será determinar la cultura de seguridad del paciente en enfermeras de centro quirúrgico de una Institución de Salud Privada – Lima-2021.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional y le permitirá desarrollar las mejoras en su institución.

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

Costo por participar: Ninguno, sólo disponer de unos 30 minutos para responder el cuestionario.

Confidencialidad: La información que usted proporcione al investigador a través del cuestionario estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Se le dará un trato confidencial y usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

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

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Mabel SATURNO MAURICIO coordinador de equipo (teléfono móvil N° 963995909) o al correo electrónico: mabe.saturno@gmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al la Universidad María Auxiliadora, y como contacto al Mg. Eduardo Matta Solis.

Participación voluntaria:

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido el presente documento, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido

coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

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

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

.....
Firma del participante