

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Conocimientos sobre seguridad del paciente en
enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán
Barrón de Nuevo Chimbote, 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias
y Desastres

AUTOR

Maria Nancy FERNÁNDEZ ARIAS

ASESOR

Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima - Perú

2017

**CONOCIMIENTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN
ENFERMERAS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN
BARRON DE NUEVO CHIMBOTE, 2017**

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte

A mis hijas Karen y Jelitza que son el motor y motivo para continuar con mis proyectos trazados y por amor su amor desinteresado; y a un ser muy especial que ocupa un lugar muy importante en mi corazón.

Un agradecimiento especial a mi profesora Mg. Tula M. Espinoza Moreno, por su colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad que me brindó y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre

ÍNDICE

	PÁG.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	vii
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación problemática	3
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos	9
1.5. Propósito	9
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	11
2.2. Base Teórica	21
2.3. Definición Operacional de Términos	47
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo, nivel y método	48
3.2. Descripción del área de estudio	48
3.3. Población y muestra	50
3.4. Criterios de selección	50
3.4.1. Criterios de inclusión	50
3.4.2. Criterios de exclusión	50
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	51
3.6. Validez del instrumento	51
3.7. Procedimiento de recolección, procesamiento y presentación de datos	52
3.8. Consideraciones éticas	53
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	55
4.2. Discusión	63
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	69
5.2. Recomendaciones	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1.	Conocimientos que poseen las enfermeras sobre seguridad del paciente en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	57
2.	Conocimientos que poseen las enfermeras de areas críticas y no críticas sobre seguridad del paciente en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	58
3.	Conocimientos de las enfermeras sobre el concepto e importancia de la seguridad del paciente en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	59
4.	Conocimientos de las enfermeras sobre los riesgos de la atención sanitaria en la seguridad del paciente en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	60
5.	Conocimientos de las enfermeras sobre los factores que intervienen en la ocurrencia de los eventos adversos en la seguridad del paciente en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	61
6.	Conocimientos de las enfermeras sobre la notificación de eventos adversos en el marco de la seguridad del paciente en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	62
7.	Conocimientos de las enfermeras sobre la prevención, medición y evaluación de eventos adversos como parte de la seguridad del paciente, en el Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote-Perú 2017	63

RESUMEN

AUTORA: LIC. MARÍA NANCY FERNÁNDEZ ARIAS

ASESORA: Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno

La presente investigación sobre conocimiento de seguridad del paciente en enfermeros del Hospital Eleazar Guzmán Barrón-Chimbote 2017, tuvo como **objetivo** identificar el nivel de conocimiento sobre seguridad del paciente en enfermeras de servicios críticos y no críticos.

Método: Investigación cuantitativa en una población de 77 enfermeras de los servicios críticos y servicios no críticos, mediante la entrevista aplicándose un cuestionario.

Resultados: 57.1% presentan un bajo nivel de conocimientos, 37.7% un regular nivel de conocimientos. 73.2% poseen un nivel de conocimientos bajo y laboran en áreas no críticas, 38.8% laboran en áreas críticas, las que poseen conocimiento regular 52.8% pertenecen a áreas críticas y 24.4% en áreas no críticas.

Conclusiones: El nivel de conocimientos de los enfermeros sobre seguridad del paciente es principalmente bajo, seguido de regular. Siendo de bajo a regular si el enfermero trabaja en área crítica, y conocimiento bajo si el enfermero labora en áreas no críticas.

Conclusions: The level of knowledge of the nurses on safety of the patient is principally low, followed of regulating. Being of down to regulating if the nurse is employed at critical area, and low knowledge if the nurse works in not critical areas.

Palabras claves: Conocimiento de seguridad, Seguridad del paciente, Enfermera y seguridad del paciente.

SUMMARY

AUTHOR: LIC. NANCY MARIA FERNANDEZ ARIAS

ADVISOR: Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno

The present investigation on safety knowledge of the patient in nurses of the Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Chimbote 2017, had as **aim** identify the level of knowledge on safety of the patient in nurses of critical and not critical services.

Method: Qualitative research in a population of 77 nurses of critical services and non-critical services by applying a questionnaire interview.

Result: 57.1 % presents a low level of knowledge, 37.7 % a regular level of knowledge. 73.2 % possesses a level of knowledge under and works in not critical areas, 38.8 % works in critical areas, which possess regular knowledge 52.8 % belongs to critical areas and 24.4 % in not critical areas.

Key words: Safety knowledge, Security of the patient, Enfermera and safety of the patient.

PRESENTACION

La seguridad es un principio fundamental que constituye una preocupación constante en enfermería, es así que buscamos a través de nuestras acciones de salud, asegurar no solo la recuperación del paciente libre de complicaciones provenientes del entorno, previniendo accidentes, la propagación de enfermedades, evitar el daño a otras personas; sin embargo el tema de seguridad no ha sido asumido a conciencia por todos; siendo que los errores se evidencian en muertes tal como lo demuestran las estadísticas en estados unidos, donde estas se presentan entre 44 mil y 98 mil cada año, por lo que la OMS en el 2004 creo la alianza para la seguridad de los pacientes difundiendo el conocimiento y soluciones encontradas, lanzando programas y generando alertas para garantizar la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

Ante las evidencias demostradas a nivel mundial, los equipos de salud vienen haciendo evidente su preocupación en materia de seguridad del paciente, creando programas en sus instituciones de salud, con el fin de brindar una atención segura, con calidad y calidez. Se entiende que la seguridad del paciente no solo debe ser asumida por enfermería quien está más directamente y por mayor tiempo cercano al cuidado de los pacientes, sino por todo el personal que labora en la atención directa de los mismos y que en las capacitaciones deberían estar involucrado.

En este contexto, las enfermeras juegan un papel trascendental a través de acciones de educación para la salud, generando en ellos la adopción de un rol activo en su cuidado y seguridad, potenciando así la participación de los pacientes en su cuidado; de ahí la enorme

responsabilidad e importancia del cuidado de enfermería como garantía de seguridad del paciente.

La presente investigación sobre conocimientos sobre seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón 2017, tiene como objetivo, identificar el nivel de conocimiento sobre seguridad del paciente en enfermeras de dicha institución sanitaria.

Su desarrollo se ha organizado en capítulos, siendo que en el Capítulo I: El Problema, se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito, Marco Teórico; que incluye antecedentes, base teórica, definición operacional de términos y planteamiento de la hipótesis. Capítulo II: Material y métodos; en el que se presenta tipo y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de la información. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud, la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad asistencial, toda vez que la atención de salud no está libre del riesgo de que se produzcan efectos adversos durante la atención.⁽¹⁾

La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento del sistema en lugar de los sujetos o individuos, por lo cual crear las condiciones para el desarrollo de una cultura sin culpa se ha vuelto un desafío. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud, tomó como iniciativa lanzar a la alianza mundial para la seguridad del paciente, iniciativa que viene contando como socios a la Organización Panamericana de la salud, el Departamento de Salud de Reino Unido, el Departamento de salud de Estados Unidos y otros organismos. Dentro de las acciones que propone esta alianza se encuentra: “Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las mejores prácticas.” “Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos”. “Lograr la planificación plena de los efectos adversos para los pacientes en la labor de la alianza”. ⁽³⁾

En el año 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la salud adoptó el problema de seguridad del paciente, entendiendo que la seguridad del paciente significa la reducción y litigación de los actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de máximos resultados para el paciente ya que no es un problema local, sino es parte de los problemas de Salud Pública, más aún en los países en vías de desarrollo, donde los mecanismos de regulación de atención en salud están menos consolidados.⁽⁴⁾ En el 2004 se establece la Alianza Mundial por la seguridad de los pacientes, donde se plantea que todos los actores estén alineados a la generación de una atención con la doctrina de la seguridad.⁽⁵⁾

El Perú, como país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud como ente rector, crea e implementa estrategias y mecanismos para brindar mayor seguridad al paciente durante el proceso de atención de salud, a partir de esta iniciativa en noviembre de 2004 se concretándose mediante la Resolución Ministerial N° 143- 2006/MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Este comité elaboró un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente en el 2006, el cual se viene implementado en los diversos hospitales.

En el año 2011. El Ministerio de Salud emite “la Resolución 308-2010/MINSA aprobando la *Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*, dando la posibilidad de adicionar y adaptarlo según criterios de la institución para aplicarlos a sus prácticas, con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú ⁶. Dentro del Enfoque sistémico para mejorar la seguridad, es

necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, con profesionales que trabajen en equipo dentro de un sistema de salud que los respalde, el beneficio para el paciente.

Fajardo, Rodríguez y Arboleya (2010), señalan que “es importante la Cultura de Seguridad en el profesional de salud, el cual se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros. La identificación del nivel de cultura sobre la seguridad del paciente es esencial para la mejora de la calidad de la atención en salud” ⁷.

Como apreciamos, en nuestro país es cada vez mayor la conciencia sobre los derechos de los pacientes, siendo que la seguridad en la atención de los pacientes es considerado un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento del sistema de salud y tiene implicancia directa en la calidad de atención, por tanto la presencia de mecanismos para facilitar su expresión están poniendo en evidencia los eventos adversos presentes en nuestra realidad; al punto que considerar que “errar es humano” es por un lado objeto de preocupación y atención general y por otro una realidad actual en los servicios de salud debido al desarrollo tecnológico que cada vez es más especializado y a un creciente número de profesionales de la salud cuyas competencias profesionales vienen siendo de preocupación general y significativamente determinantes en la calidad del cuidado que brindan.

En este contexto encontramos al Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, donde se presentan situaciones que evidencian algunos problemas de seguridad en la atención del paciente, pero que

son poco o nada consideradas como puntos de análisis y reflexión por el personal de salud, dentro de los cuales se encuentra enfermería, llamando la atención que siendo este un tema que desde tiempos históricos ha constituido preocupación de la enfermera en tanto uno de sus principios es brindar cuidados de enfermería de calidad y libre de riesgos para el paciente y familia, orientados a satisfacer responsablemente una de las necesidades más importantes de la personas y considerada por Abraham Maslow como es la necesidad de seguridad; lo que es motivo de preocupación en tanto puede deberse al desconocimiento o limitados conocimientos en aspectos de seguridad del paciente, o a una creciente despreocupación respecto de la calidad y seguridad en el cuidado de los mismos ó a una sobresaturación de funciones y actividades que ocasiona falta de concentración y distracción en el cumplimiento de las mismas, por la premura en que deben cumplirse y en cada vez menor tiempo.

Se sabe que cuando se actúa con pleno conocimiento de una situación como en el caso de la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones de salud, se logra minimizar estos aunque a la fecha no han podido ser controlados totalmente.

Siendo preocupación observar comportamientos al parecer "desinteresados o indiferentes" frente a las personas que sufren, demoras en la atención coincidentes en muchos casos en los cambios de turno, asimismo en los trámites de admisión, por otro lado falta de información al paciente, falta de medicamentos que hace que los familiares recurran a farmacias fuera del hospital, falta de personal para la atención inmediata, falta de materiales, de equipos, a veces preferencias en la atención o ausencia del personal asignado, entre otros; situaciones que conducen en muchos casos no solo sobrecarga

laboral sino a empeoramiento del estado de salud del paciente, que puede desencadenar en ocasiones en muerte. Igualmente se ha podido observar errores en la medicación, tanto en su indicación como en su administración y que desencadenan en quejas y reclamos, afectando las expectativas de los pacientes y sus familiares, observando asimismo población demandante a la que no se atiende con calidad.

Esta situación narrada ha motivado el interés por investigar acerca de los conocimientos de las enfermeras acerca de la temática a fin de poder encaminar acciones educativas dirigidas según sea el caso a fortalecer o mejorar los conocimientos que estos poseen y que van a generar la adopción de actitudes positivas hacia la prevención de los eventos adversos, para que sean capaces de mejorar el cuidado de enfermería, asumiendo la responsabilidad ética y profesional en la seguridad del paciente. Surgen por tanto las siguientes interrogantes ¿Conocen las enfermeras que es la seguridad del paciente?, ¿Qué aspectos de la seguridad del paciente conocen?, ¿Qué aspectos de la seguridad del paciente son poco o nada conocidos por las enfermeras? ¿Es suficiente el conocimiento que poseen para su ejercicio en la práctica del cuidado? ¿Qué aspecto de la seguridad del paciente es más conocido por la enfermeras?, ¿Qué aspectos de la seguridad del paciente son de mayor interés para las enfermeras?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se ha formulado la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos que sobre seguridad del paciente poseen las enfermeras en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote a la fecha no se ha desarrollado ningún estudio sobre la seguridad del paciente. Asimismo existe poca información sobre estudios de investigación que aborden esta problemática en nuestro país, especialmente a nivel de provincias alejadas de la capital, donde también se producen eventos adversos durante la atención de salud.

El conocimiento sobre el nivel de conocimientos de las enfermeras respecto de la seguridad del paciente, cobra vital importancia porque a través de dicha información se podrá implementar medidas y dar soluciones a los problemas de salud de la población garantizando mínimamente la prevención de eventos adversos relacionados con la atención de salud y contribuir a disminuir los altos índices de morbimortalidad que de por sí ocasionan las enfermedades y accidentes.

Siendo que el conocimiento es una faceta del desarrollo humano, la aplicación de las medidas de seguridad en la práctica, permitirán disminuir el riesgo de complicaciones y por ende, mejorar la calidad de atención de la salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar los conocimientos que poseen las enfermeras sobre seguridad del paciente en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los conocimientos de las enfermeras sobre el concepto e importancia de la Seguridad del Paciente, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.
2. Identificar los conocimientos de las enfermeras sobre los riesgos en la atención sanitaria en la Seguridad del Paciente, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.
3. Identificar los conocimientos de las enfermeras sobre los factores que intervienen en la ocurrencia de los eventos adversos relacionados a la Seguridad del Paciente en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.
4. Identificar los conocimientos de las enfermeras sobre la notificación de eventos adversos en el marco de la Seguridad del Paciente, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.
5. Identificar los conocimientos de las enfermeras sobre sobre la prevención, medición y evaluación de eventos adversos como parte de la Seguridad del Paciente, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

1.5. PROPÓSITO

El propósito del estudio está orientado a conocer el nivel de conocimientos proporcionando información actualizada a las enfermeras, autoridades de enfermería y autoridades institucionales a fin de desarrollar reflexiones acerca del tema y estrategias para brindar condiciones de seguridad al paciente, disminuyendo toda posibilidad y ocurrencia de efectos adversos durante el proceso de la atención intra hospitalaria y lograr que el paciente, familia y comunidad y el propio

personal de salud se sientan satisfechos y seguros por la atención que se brinda, contribuyendo a garantizar la puesta en marcha de iniciativas internacionales por la seguridad de los pacientes.

En la actualidad los miembros del equipo de salud y las instituciones de salud tienen la función de brindar atención necesaria, segura y oportuna; en el cual la enfermera debe desarrollar sus actividades con la máxima eficacia de competencia; participando en la prestación de los servicios de salud integral, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

Por tanto es responsabilidad de los profesionales el aunar esfuerzos para conseguir el máximo grado de calidad y seguridad en la atención prestada, para ello, es crucial introducir un cambio de cultura que nos lleve a aprender de los errores y a controlarlos; y, en consecuencia, ofrecer a los pacientes unos servicios de calidad crecientes. El error, la imprudencia y la negligencia desde la mala praxis profesional que ocasiona daño a los pacientes no deben tener cabida dentro de una profesión volcada en la seguridad del paciente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de haber realizado una exhaustiva búsqueda sobre seguridad del paciente se ha encontrado algunas investigaciones relacionados con el presente estudio. Cabe mencionar que en la década de los noventa, se inicia un *boom* mediático del evento adverso, en el que participaron países como Estados Unidos de América, Australia, Gran Bretaña, Reino Unido e Irlanda del Norte, entre otros. Asimismo un caso particular ocurrió con el libro “*Errar es Humano*”, publicado en el año 2000 por el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, el cual produjo un profundo impacto en el ámbito mundial, por su conclusión controversial: cada año, ocurren entre 44,000 y 98,000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica.⁽⁸⁾

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Jesús María Aranaz Andrés, en España realizó un trabajo titulado el “Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud”, el método fue descriptivo observacional transversal, con la finalidad de abordar el análisis de la frecuencia y tipo de eventos adversos en Atención Primaria. Llevó a cabo en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas de España con la participación voluntaria y desinteresada de 452 profesionales de medicina y de enfermería (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 enfermeras), siendo la población

de 96,047 pacientes que acudieron a una consulta de atención primaria en su centro de salud, los resultados ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura, la frecuencia de efectos adversos es baja y, predominan los de carácter leve. A pesar de ello, la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La prevención de los efectos adversos en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los efectos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida que es mayor su gravedad. La etiología (causa/as) de los efectos adversos es multicausal. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. Una cuarta parte de los eventos adversos (EA) no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en Atención Primaria ⁽⁹⁾.

Hernández, Ochando, Royuela, Lorenzo, Paniagua, Madrid, investigaron sobre “Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal” ⁽¹⁰⁾. Estudio descriptivo y transversal. Objetivos: evaluar la percepción de la seguridad clínica en diálisis peritoneal percibida por el paciente y determinar la importancia que tiene la comunicación-información del personal sanitario sobre la seguridad percibida por los pacientes. En 38 pacientes sometidos a diálisis peritoneal, en la Unidad de diálisis peritoneal de la Fundación Hospital Alcorcón, se administró una encuesta de opinión sobre seguridad clínica, entre febrero y marzo de 2007. Los hallazgos mencionan que 60.5% eran hombres y 39.5% mujeres. La Edad media entre 59,1±12 años y tiempo medio en técnica 24.4 ±19.7 meses. El 71 % de los pacientes manifestó que les preocupaba mucho sufrir un error médico. El 100 % de los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado

como consecuencia de la asistencia o de la medicación administrada, manifestaron estar muy preocupados por sufrir un error médico. Sobre información-comunicación entre personal sanitario y el paciente, 81% manifestaron que les habían explicado, con detalle, los efectos y precauciones del tratamiento, 84,2% respondió que habían podido consultar sus dudas y preocupaciones a la enfermera y al médico con la suficiente intimidad. Sin embargo, aquellos pacientes que detectaron un déficit en la información-comunicación en alguno de estos aspectos, comentaron estar muy preocupados por poder sufrir un error médico.

La seguridad clínica suscita interés y preocupación entre los pacientes. La falta de información-comunicación se relaciona con una mayor preocupación de sufrir un error médico. Conclusiones:

- La seguridad clínica es un tema que suscita interés y preocupación entre los pacientes en diálisis peritoneal de nuestra unidad.
- La falta de información-comunicación por parte del personal sanitario se relaciona con una mayor preocupación de sufrir un error médico, en nuestros pacientes de diálisis peritoneal.

Juárez-Pérez y Durán- Muñoz en 2009, en México, realizaron el trabajo titulado “Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería”⁽¹¹⁾; con el objetivo de identificar el conocimiento que tienen del programa VENCER, “Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos” y determinar los factores relacionados en la notificación de los eventos. El método fue transversal, tomando una muestra de 226 enfermeras (muestreo probabilístico, por conglomerado). Los resultados indicaron que el factor que limitó el registro de eventos fue el desconocimiento del programa de notificación 92% y falta de reinformación 84%. La categoría institucional $p = 0.02$, es factor

asociado significativamente al conocimiento del evento centinela, no se encontraron diferencias en relación al conocimiento del personal del evento centinela $p= 0.03$ y el conocimiento del programa vencer $p= 0.04$ respecto a cada unidad de adscripción.

Mira, Aranaza, Ziadi, Lorenzo, Rebas y Aibar-Remón en 2008 en México, realizaron el trabajo titulado “Percepción de Seguridad Clínica tras el alta hospitalaria”, en muestra de 336 pacientes quirúrgicos se aplicó una encuesta postal a 20 días del alta; siendo el método descriptivo. Los resultados indicaron que 13.05% informaron sufrir un error clínico, 10.5 % con complicaciones graves. Esta experiencia disminuye la percepción de seguridad en tratamientos futuros, consideraron que el riesgo de ser víctima de un error médico con consecuencias graves es alto, aunque menor de sufrir un accidente de tráfico robo/atracó o presentar una enfermedad grave ⁽¹²⁾.

Vásquez, Frias y colab. En el 2011, realizaron una meta investigación acerca del “El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto?”, con el objetivo de revisar las definiciones del error en medicina, sus orígenes, sus formas de presentación, su clasificación, el abordaje metodológico para su estudio, diferentes propuestas y mecanismos para evitar su repetición y las opciones para su manejo.

Encontrando que alrededor de 98,000 pacientes hospitalizados mueren al año en ese país a consecuencia de errores médicos prevenibles, constituyendo la octava causa de muerte global por encima del cáncer de mama, accidentes automovilísticos o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Los yerros médicos se presentan en todas las áreas que conforman los sistemas de salud. Los más comunes son caídas, quemaduras, úlceras de decúbito, reacciones medicamentosas

o transfusionales, infecciones nosocomiales, identidad equivocada y suicidios. Uno de cada 10 errores en medicina es responsabilidad directa del médico. Sobre definiciones: un evento adverso atribuible a un error es un evento adverso prevenible, y un evento adverso negligente es un evento adverso prevenible que satisface los criterios legales para determinar negligencia. Para tener una idea del impacto económico de esto, en Estados Unidos el costo total anual por eventos adversos es de entre 37.6 y 50 billones de dólares y de entre 17 y 29 billones para eventos adversos prevenibles. El término “casi error” es aquella situación que de no haber sido evitada hubiera podido dañar al paciente y el concepto de seguridad del paciente se refiere a la ausencia de lesión accidental.

En cuanto a errores médicos, estos nacen de factores internos y externos del individuo como: fatiga, descuido, temor, sobrecarga cognitiva, falta de conocimientos, inexperiencia, juicio defectuoso, confianza excesiva, deficiencias de comunicación interpersonal, procesamiento imperfecto de la información, merma en las capacidades, alteraciones de la personalidad y el síndrome de agotamiento profesional o “burn-out”. El error médico traumatiza al paciente y suele ser devastador para el médico, considerándose “segunda víctima”, pues su integridad y capacidad se cuestionan, su prestigio se lesiona y se afectan sus relaciones familiares.

Conduciendo a una práctica médica “defensiva” con el uso excesivo de métodos diagnósticos y terapéuticos, referir pacientes sin fundamento, rechazar casos difíciles, limitar la información, y considerar al paciente y familia como potenciales enemigos. La Oficina de Evaluación Tecnológica de los EUA estima que al menos el 8% de las pruebas diagnósticas solicitadas son “conscientemente defensivas”.

Concluyendo que no se puede tapar el Sol con un dedo, el error en medicina constituye actualmente un problema de salud pública y debe afrontarse como tal. Hoy más que nunca es necesaria la autocrítica del médico hacia su trabajo. Se requiere además, de ética, transparencia, honestidad, empatía, tolerancia, responsabilidad y profesionalismo en su relación con los pacientes ⁽¹³⁾.

Roqueta Egea Fermí, Tomás Vecina Santiago, Chanovas Borrás Manel R., en el 2011, España; realizaron un estudio sobre la *“Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español”*, cuyo objetivo fue conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, el método usado fue el descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales de SUH, y fue administrada por los alumnos de los cursos de instructores SEMES en seguridad del paciente realizados entre 2009 y 2010. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH. La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Entre sus conclusiones:

“Los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se

sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados”⁽¹⁴⁾

Gómez Ramírez Olga, y colaboradores. En Colombia, en el año 2011, presentaron un estudio sobre *“Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá”*. Describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que forman parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá. El método utilizado fue el descriptivo, transversal. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. El cuestionario fue autoadministrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. Entre los resultados, la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Entre otras concluyeron:

“Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente.”⁽¹⁵⁾

Fajardo Dolci Germán, y colaboradores. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en México, en el año 2011; presentaron un estudio titulado *“Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”*, cuyo objetivo, fue evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Se trata de un estudio

descriptivo, transversal en donde se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se determinaron las puntuaciones obtenidas en las 12 dimensiones de la escala, así como en reactivos sobre percepción y grado de seguridad global del paciente, y se obtuvieron los valores de alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones. Entre otros concluyeron:

“La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla.”⁽¹⁶⁾

Carchano Monzó, M.A, Juliá Sanchis, R, Serralta Bou, V., Lucas A., Osuna Pérez, R. Sausa Micó, V; En Murcia 2010, presentaron un estudio sobre la *“Percepción de la Cultura de la Seguridad del Paciente entre los profesionales del Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal.”*⁽¹⁷⁾. El objetivo fue analizar la relación existente entre los factores labores y la percepción sobre la Seguridad del paciente. Y comparar “cultura de seguridad” y “apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente” entre las distintas categorías profesionales. La metodología del estudio fue descriptivo, transversal. Participaron 37 profesionales mediante el autopase de la encuesta difundida por la Agencia de investigación y Calidad en Salud (AHRQ, 2007). Los datos se analizaron con el programa estadístico “PASW Statistics 18”. Las principales conclusiones fueron:

“A mayor tiempo trabajado la percepción sobre la Seguridad del Paciente empeora. Existe una falta de confianza en los gestores y líderes de las organizaciones sanitarias. Los profesionales no sienten que la seguridad sea una prioridad en su servicio ni en su hospital”

“Es necesario contar con el apoyo y el estímulo de la dirección, ya que es su responsabilidad crear unas condiciones de trabajo que potencien la Seguridad del paciente. Además se debe proporcionar formación e instrumentos para un adecuado análisis de los problemas de seguridad detectados y debe ser una prioridad”.

Intendencia de Prestadores de Salud. Unidad Técnica Asesora de Chile, en el 2009, presentó un estudio sobre *“Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado”* ⁽¹⁸⁾. El objetivo fué evaluar la percepción de los profesionales acerca de la cultura de seguridad de las áreas de atención clínica y de apoyo. Los sujetos de estudio fueron profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Padre Hurtado, incluyendo médicos, enfermeras(os), matronas(es), kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos. La muestra estimada, para un universo total de 527 profesionales, fue de 143 sujetos. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal. El instrumento consistió en una encuesta de autoaplicación anónima. Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QulC), instrumento de uso público para hospitales, que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004), en su versión traducida al español por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia. Las conclusiones a las que arribaron fueron:

“Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura”.

ANTECEDENTES NACIONALES

Lucy Chavarría Ramírez, En el Perú, en el año 2007 realizó el trabajo titulado *“Percepciones de las Enfermeras acerca de la cultura normativa en Bioseguridad en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”* ⁽¹⁹⁾, el método fue observacional tipo cuantitativo y cualitativo con abordaje etnográfico. La muestra fue de 180 enfermeras, el objetivo de

describir las percepciones de las enfermeras sobre la cultura normativa en bioseguridad en el HNGAI. Instrumentos validados por expertos y la confiabilidad por el coeficiente de Kuder Richardson. Los resultados indicaron que las percepciones de las enfermeras en un 78% mostraron marcada inclinación por el reconocimiento del riesgo existente, mientras que en un 56% acepta la posibilidad de error en la cotidianidad de su desempeño laboral. Confirmó la incongruencia entre la aceptación y conocimiento de la norma en materia de bioseguridad aunada a la dificultad de lograr prácticas duraderas en un 91%. Llegando a la conclusión de que las percepciones de las enfermeras sobre la cultura normativa de bioseguridad revelan predominio del nivel cognitivo en la aceptación de la norma, siendo clara la existencia de obstáculos en el nivel actitudinal y falta de vigor para llevar a la práctica las medidas destinadas a dar seguridad al paciente y al propio personal.

Ore Rodríguez, María del Rosario; en Lima-Perú, en el año 2010 realizó un estudio de investigación sobre *“Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico”* ⁽²⁰⁾; cuyo objetivo fue describir el saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas postquirúrgicas en un hospital de cuarto nivel de la ciudad Lima. El método fue descriptivo, de tipo cualitativo. La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras de las áreas de cuidados post-operatorios inmediatos y mediatos de pacientes adultos.

La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del cuidado seguro. En los resultados, se develaron dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto y el proceso del cuidado seguro, sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un

aseguramiento del paciente; a su vez emergieron sub-categorías para cada categoría. Respecto a la primera se identificaron: cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud. A su vez para la segunda categoría se encontraron: la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación. Entre las consideraciones finales tenemos:

“El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud”⁽²⁰⁾

2.2. BASE TEÓRICA

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²¹⁾ en los países en vías de desarrollo, 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, mal estado de la infraestructura y equipos médicos, escaso control de infecciones y falta de cultura hacia la seguridad del paciente; 50% de los eventos adversos que se producen como consecuencia de la acción sanitaria con un potencial elevado o muy elevado de ser prevenidos por lo que conducen a una mayor probabilidad de que se presente esta alta incidencia de eventos evitables.

La mayor parte de la evidencia actual sobre Eventos Adversos proviene del medio hospitalario, debido en parte al mayor riesgo que comportan los cuidados en este entorno. Pero muchos Eventos Adversos ocurren en otras instituciones sanitarias, consultas médicas, cuidados de enfermería, farmacia, domicilio de los pacientes, etc.

Existen varios estudios sobre la extensión de los Eventos Adversos en hospitales: **Resultados de estudios empíricos sobre errores y EA en hospitales**

ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	FRECUENCIA DE ERROR/ EA
Steel et al 1981(Steel, Gertman, Crescenzi, & Anderson, 1981)	815 pacientes admitidos en un servicio médico general de un hospital universitario americano	36% enfermedad iatrogénica 9% incidente mayor 2% contribución en la muerte del paciente
California Medical Association, 1977 (Mills,1977)	20.864 registros de 2 hospitales en California	4,6% de posibles eventos indemnizables 0,8% eventos adversos negligentes
Harvard Medical Practice Study (Brennan, Leape, Laird, Hebert, et al,1991)	30.121 casos de 51 hospitales no-psiquiátricos de agudos en el estado de Nueva York durante el año 1984	3,7% frecuencia global de eventos adversos 1% eventos adversos negligentes (27,6% de todos los eventos adversos)13,6% de los eventos adversos contribuyeron a la muerte
Quality in Australian Health Care Study Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, et al 1995)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South en Australia	16,6% eventos adversos globales (de los cuales el 51% fueron considerados prevenibles y el 4,9%contribuyeron a la muerte del paciente)
Utah & Colorado study (Thomas, Studdert, Burstin, Orav, Brennan, et al, 2000a)	15.000 altas de hospitales no-psiquiátricos en Utah y Colorado	2,9% eventos adversos globales (32,6% atribuibles a negligencia y en el 6,6% se produjo la muerte)
Revised Quality in Australian Health Care Study (Thomas, Studdert, Runciman, Webb, Brennan,et al, 2000b)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South de Australia, clasificados de acuerdo a los métodos de Utah/Colorado	10,6% eventos adversos globales
(McGuire et al. 1992)	44.603 procedimientos quirúrgicos sucesivos en un hospital durante el periodo de 1977-1990	6,3% de complicaciones (49% de ellas atribuibles a error y el 4,1% de errores condujo a la muerte)
(O'Hara & Carson ,1997)	Todas las altas en 247 hospitales de agudos de Victoria, Australia en 1994-95	5% eventos adversos globales 1,6% eventos adversos contribuyen a la muerte
(Davis, Lay-Yee, Briant, Schug,et al 2002)	6.579 altas de 13 hospitales públicos de Nueva Zelanda en 1998	12,9% eventos adversos globales
Estudio Piloto 2 Hospitales ingleses (Vincent, Neale & Woloshynowych 2001)	1.014 registros médicos y de enfermería	11,7% eventos adversos globales (48% catalogados como prevenibles y el 8% contribuyó a la muerte)
Fenn, Gray, Rickman, Diacon, et al ,2002)	Encuesta a 8.206 individuos de una muestra aleatoria de la población	1,6% de la población /año manifestó eventos adversos (enfermedad, daño o empeoramiento)

Adverse events and the National Health Service: an economic perspective. Health Economics Research Centre Department of Public Health University of Oxford. Noviembre 2003.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, por tratarse de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. ⁽²²⁾. En este contexto en la década del cuarenta, surge la ciencia de la seguridad y corresponde a la disciplina que ha lidiado con las causas y efectos de los errores humanos, en sus inicios, para ser aplicada en aviones militares y sus pilotos, posteriormente para otros problemas relacionados con errores humanos, en áreas tan riesgosas como la energía nuclear, la NASA, programas computacionales y hace algunos años se ha introducido en los sistemas de atención de salud.

La ciencia de la seguridad se basa en el conocimiento acumulado mediante el análisis de accidentes, el objetivo es lograr que sistemas de gran complejidad funcionen con mayor seguridad y puedan funcionar de manera más segura; en salud se aplica del mismo modo: estudia cómo una organización de gran tamaño puede realizar sus actividades en forma segura. Para esto, como punto de partida se debe establecer una *cultura de seguridad*, que es el cambio mayor y más difícil de lograr, antes de realizar cualquiera otra intervención; esta cultura se debe extender a todos los integrantes, para lo cual deben existir políticas y procedimientos basados en el tipo de errores que tiene el establecimiento, de modo que, cuando se produzca un evento adverso, la persona sepa que lo debe informar y que no va a recibir una sanción por ello, lo que implica un gran cambio a realizar en salud, ya que todavía los funcionarios son castigados cuando cumplen con este deber. En los Estados Unidos, muchos médicos y enfermeras han sido demandados y enviados a prisión debido a errores que, en

muchos casos, no fue sólo de ellos, sino del sistema, que es lo más común.

Importancia de la seguridad

Al ingresar a una institución de salud los pacientes buscan mejorar su salud y no empeorar o morir como consecuencia de errores humanos en la atención, según el principio Hipocrático *Primum Non Nocere*, Primero no hacer daño, el trabajador de la salud debe brindar la atención con responsabilidad y ética, sin la intención de causar daño, tema que se creía implícito en el proceso de atención, a pesar de que se reconoce que los procesos de la atención de salud son de los más complejos que enfrenta el ser humano. La seguridad se centra en la actuación del profesional de salud, pero se inicia desde que el usuario accede a los servicios de salud y es sometido a una serie de requisitos de orden administrativo que en ocasiones se convierten en barreras de acceso que generan falta de oportunidad en su atención y ponen en grave riesgo su salud.

Los procesos clínicos que se atienden en las instituciones de salud son cada vez más complejos, el trabajo se realiza bajo niveles altos de estrés y decisiones cruciales se deben tomar en cuestión de segundos. Es en esos momentos de presión en la atención de pacientes que suceden eventos indeseables, algunas veces sin causar daño, pero en otras ocasionando lesiones importantes que pueden comprometer la vida del paciente. Siendo la exposición a los riesgos biológicos, una constante preocupación en el cual están comprometidos la salud y la vida no solo del paciente sino también la del personal que prodiga los cuidados, es necesario por tanto, insertar el concepto concerniente a la cultura de seguridad, ya que el hombre en la organización es el

protagonista de los procesos asistenciales, no puede desconocerse el papel del factor humano en la adopción de normas que pretenden guiar el comportamiento organizacional seguro.

La importancia de la seguridad del paciente se reconoce cuando el personal dentro de la organización tiene una constante y activa conciencia acerca de la posibilidad de la ocurrencia de errores, es capaz de reconocer los errores, aprender de ellos y desarrollar acciones para evitarlos en todo momento.

La razón por la que ahora se aborda el tema de la Seguridad del Paciente, no es porque nuestras instituciones ahora sean menos seguras que antes, es porque ahora se avanza hacia la obtención de resultados tangibles que las hagan más seguras de lo que actualmente son. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la práctica diaria en salud y aunque se pretenda minimizarlos y prevenirlos el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad al paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza. Las acciones punitivas no son aplicables a los problemas de seguridad, ya que estos se originan muchas veces en falencias organizacionales y no en acciones individuales, sin embargo la política de seguridad del paciente no exime de la responsabilidad profesional en los casos excepcionales en los cuales existe negligencia, impericia o hay intención de hacer daño por parte del individuo.

Necesidad de seguridad de la persona

La “Teoría de las necesidades humanas” elaborada por el psicólogo estadounidense Dr. Abraham Maslow (1908-1970) máximo exponente de la psicología humanística, en su obra “Motivation and Personality”

en 1954, pretendía dar a conocer que el hombre es un ser que tiene necesidades para sobrevivir, además de ser un ser biosicosocial, Maslow agrupa todas las necesidades del hombre en 5 grupos o categorías jerarquizadas ⁽²³⁾ mediante una pirámide, las cuales son:

- a. Necesidades fisiológicas (aire, agua, alimentos, reposo, abrigo, etc.)
- b. Necesidades de seguridad (protección contra el peligro o el miedo, etc.)
- c. Necesidades sociales (amistad, pertenencia a grupos, etc.)
- d. Necesidades de autoestima (reputación, reconocimiento, respeto a si mismo, etc.)
- e. Necesidades de autorrealización (desarrollo potencial de talentos, dejar huella, etc.).

La necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisfará antes de cualquier otra necesidad es la seguridad. Constituye por tanto el segundo nivel de la teoría y que sitúa la necesidad de vivir en un entorno estable y sin amenazas. Las necesidades de seguridad son la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley entre otras. Todas ellas apuntan a la evitación o neutralización de situaciones de peligro ⁽²⁴⁾.

Maslow cree que el hombre es un ser cuyas necesidades crecen y cambian a lo largo de toda su vida. A medida que el hombre satisface sus necesidades básicas o primarias, otras más elevadas como las

secundarias ocupan el predominio de su comportamiento y se vuelven imprescindibles. Asimismo plantea en su teoría que la seguridad es una de las necesidades primarias conjuntamente con las fisiológicas, sociales y autoestima, consideradas prioritarias y por lo tanto más influyentes e importantes que las necesidades superiores o secundarias de autorrealización y trascendencia.



Es así como las Necesidades de Seguridad, se activan cuando se satisfacen razonablemente las necesidades fisiológicas, por su naturaleza el hombre desea estar, en la medida de lo posible, protegido contra el peligro o la privación, cubierto de los problemas futuros; requiere sentir seguridad en el futuro, estar libre de peligros y vivir en un ambiente agradable, en mantenimiento del orden para él y para su familia.

Riesgos de la atención sanitaria

La atención sanitaria es cada vez más compleja, los procesos asistenciales suponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones humanas de un gran número de profesionales, esto se

asocia a un riesgo creciente de efectos adversos y perjuicio involuntario para el paciente.

El concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que pueden tener consecuencia negativa.

El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria en general y con la hospitalaria en particular no es nuevo, efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios.

Actualmente, el uso del término *yatrogenia* no se limita exclusivamente a las consecuencias indeseables de la prescripción de medicamentos, sino que incluye toda patología relacionada con el proceso asistencial, teniendo en cuenta el estado del arte en un momento dado y no prejuzgando la existencia de error o negligencia.

Podemos hablar de riesgos asistenciales para referirnos a condiciones como:

Sucesos adversos (*adverse event*): acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, gravedad expresada en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionado con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se habrían producido, en caso de hacer alguna actuación) o inevitables (imposibles de predecir o evitar).

Error (*error*): acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso. Algunos autores han destacado al respecto, la necesidad de mejorar la precisión de su existencia por medio de una valoración por pares, en el momento de producirse.

Casi-error (*near miss*): categoría mal definida que incluye sucesos como los siguientes:

- Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco.
- Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias.
- Hecho que casi ocurrió. Suceso que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias.
- Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos.

Accidente: suceso aleatorio imprevisto, inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo.

Incidente (*incident*): acontecimiento aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas. También puede definirse como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un accidente, o como un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente.

Efectos adversos de medicamentos (*adverse drug events*): cualquier efecto nocivo e imprevisto de un fármaco que ocurre a las dosis habituales para prevención, tratamiento o diagnóstico.

Negligencia (*negligence*): error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Malap Praxis: deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.

Litigio (*litigation*): disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se debe a la existencia de los hechos anteriores.

Las categorías citadas no son ni mutuamente excluyentes ni colectivamente exhaustivas, pero ofrecen una panorámica del problema de la yatrogenia y los riesgos relacionados con la atención sanitaria. ⁽²⁵⁾

Ocurrencia de eventos adversos

Los efectos adversos son los daños o lesiones que acontecen durante el proceso asistencial y al no estar directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión que podría haber

dañado al paciente, pero que este daño no ha llegado a producirse, es decir, que difiere de un efecto adverso “solo” en el resultado para el paciente.

Los sucesos adversos ligados a la asistencia sanitaria suponen un problema importante para la salud pública porque son frecuentes, tienen consecuencia grave, su tendencia es creciente y tiene gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático y además muchos de ellos son potencialmente evitables.

Mejorar la seguridad de los pacientes se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Toda actividad humana conlleva un margen de error, controlar y minimizar este posible daño es la gestión del riesgo.
(26)

Factores para la ocurrencia de eventos adversos ⁽²⁷⁾

La compleja combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas, son algunos de los elementos que constituyen la medicina moderna, lo anterior puede tener beneficios, pero también, resultados no esperados y hacen parte del riesgo inevitable de los eventos adversos que pueden ocurrir. Tales eventos se relacionan con diferentes situaciones: *error humano* (fatiga, estrés, distracción, falta de competencias técnicas y no técnicas adecuadas); *errores en los procesos* (desconocimiento en aspectos médicos, científicos, operativos y guías de manejo, ausencia de listas de chequeo, diseño inadecuado de los procesos clínicos, falta de estandarización de procesos clínicos, falta de desarrollo o adopción de guías de atención,

ausencia de compromiso gerencial con la seguridad de los pacientes y la no implementación de prácticas seguras reconocidas); *error del paciente* y fármaco vigilancia o tecno vigilancia.

El error humano es apenas una parte del problema de las fallas en la seguridad del paciente, si bien es cierto que un enfoque más consciente del personal médico evitaría muchos errores, cabe reconocer que también hay problemas crónicos en los procedimientos y en los sistemas médicos. Por ejemplo, se cuentan por miles los pacientes que cada año son tratados con medicamentos inadecuados y algunas veces esto tiene consecuencias mortales - debido a las recetas manuscritas y a las órdenes de los hospitales que son difíciles de leer. Esto ocurre a pesar de que el uso de sistemas electrónicos para notificación y registros médicos se ha generalizado, pero no llega a ser estándar.

Diversas entidades de salud se cuestionan seriamente ¿Por qué en otro tipo de organizaciones los resultados son mejores que en las instituciones de salud? La respuesta es sencilla, porque tienen procesos menos variables, más predecibles y más seguros. El ser humano es altamente complejo e impredecible.

Las causas de los errores en salud son múltiples: el ser humano siempre está expuesto a cometer errores; el sistema de salud es extraordinariamente complejo; todos los pacientes son diferentes; la cantidad de información a manejar es muy extensa; los equipos de salud están conformados por gran número de integrantes; el ambiente presenta distracciones; se necesita interactuar con la tecnología y siempre existe la necesidad de tomar decisiones en forma rápida.

Los errores humanos no ocurren sólo por azar: se ha demostrado que siguen ciertos patrones y que ocurren bajo circunstancias predecibles⁽²⁸⁾. El área más común en que las personas cometen errores es aquella en que hay que pensar y tomar decisiones rápidas, como decisiones clínicas, es decir, actividades basadas en conocimientos. También son comunes los errores en las actividades basadas en reglas, ya que las personas suelen esquivarlas⁽²⁸⁾

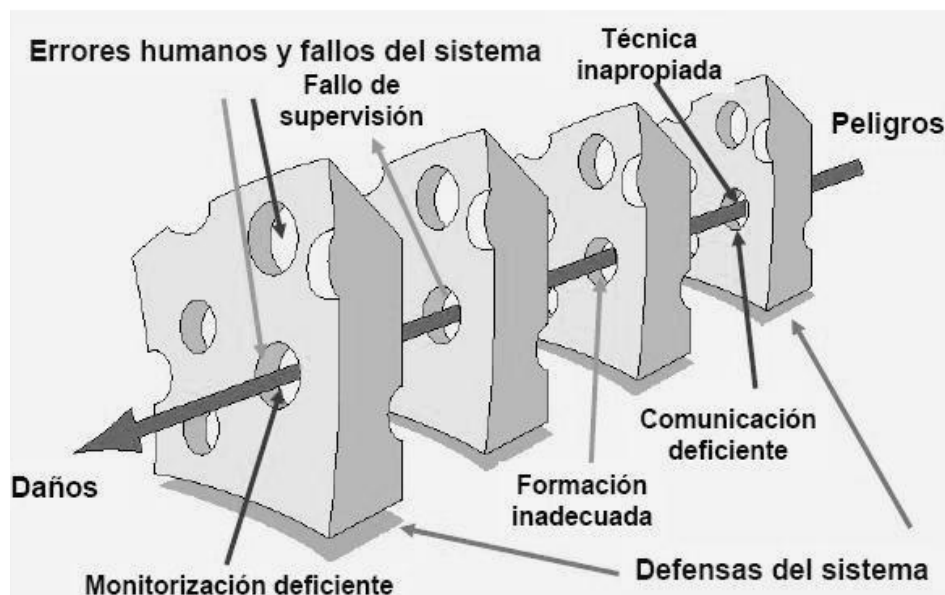
Falla latente es aquella falla en el sistema y no en una persona. Se produce por problemas de comunicación, de controles de calidad o de disponibilidad de recursos.

Factores situacionales son aquellas circunstancias desafortunadas que activan las fallas latentes, o defectos subyacentes del sistema, lo que podría causar efectos negativos y *tal vez*, un error. Las situaciones juegan un rol importante en la comisión de errores, al gatillar fallas latentes dentro de una actividad.

Falla activa es la que se produce cuando la equivocación la comete directamente el (la) operador (a), que es quien habitualmente recibe la culpa, aunque muchas veces no existe un sólo responsable.

Las barreras de seguridad son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar su efecto negativo o la producción del error. Para explicar lo que ocurre en un evento adverso en salud se puede utilizar el “*modelo del queso suizo*”, donde las situaciones que producen el error se van alineando y produciendo una verdadera bola de nieve, que va creciendo y finalmente, conduce al error y a la lesión. Si se quiere evitar el alineamiento de los agujeros del “queso suizo” es necesario poner barreras de seguridad.

Modelo Explicativo ⁽²⁹⁾



Modelo del Queso Suizo (Reason, J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate (1997) ISBN 1-84014-104-2.

James Reason, psicólogo británico y padre de los estudios sobre el error humano, dice que la clave para mejorar la seguridad no está en cambiar la condición humana, sino en cambiar las condiciones en las cuales trabaja el ser humano. Como no es posible impedir que la persona sea un ser humano, el trabajo sólo se puede enfocar en no cometer tantos errores, a pesar de lo cual éstos pueden ocurrir; por eso es importante estudiar las capacidades de las personas: cognición, atención, memoria, percepción y comunicación. ⁽²⁷⁾

La interacción entre los seres humanos y los dispositivos tecnológicos y su relación con la seguridad han sido investigadas extensamente, así como su aplicación al sector salud.

La disciplina que emerge de estos estudios es la ingeniería de factores humanos y seguridad, que se encarga de desarrollar métodos para

mejorar el rendimiento de las personas dentro de sistemas de trabajo complejos y que tiene cinco dimensiones:

1. Diseño de equipos y herramientas, por lo que esto involucra también a los dueños de las industrias manufactureras.
2. Diseño de tareas.
3. Condiciones del ambiente de trabajo.
4. Entrenamiento y capacitación de las personas que trabajan en ese ambiente.
5. Selección del personal.

Notificación de eventos adversos ⁽³⁰⁾

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan notificar los errores de los que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos.

La necesidad de incorporar aspectos de promoción y prevención en seguridad de pacientes ha generado el desarrollo progresivo de distintas herramientas con una finalidad común: mejorar el conocimiento sobre el modo en que se producen los problemas de seguridad y entender sus causas para aprender de ellos y poder evitarlos. Entre ellas destacan los sistemas de registro y notificación de Eventos Adversos. El objetivo primario de un sistema de comunicación

de incidentes es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los Eventos Adversos que se producen.

Las experiencias existentes orientan hacia el desarrollo y mantenimiento de un sistema de notificación, dirigido a que los profesionales mejoren la seguridad del paciente, que abarque todos los niveles y áreas de prestación, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo, abierto para el paciente y las personas cuidadoras, útil para la prevención y el aprendizaje. El requisito de apertura y equidad pone de relieve la necesidad de que existan políticas de ámbito local que describan el modo en que la organización va a gestionar los incidentes.

Un sistema de notificación implica definir el procedimiento, el método de análisis del evento, tiempos de respuesta, las acciones preventivas que eviten que vuelva a producirse y asegurar que el personal es informado de las medidas que se han tomado.

Una de las dificultades que plantean los sistemas de notificación es la ausencia de una taxonomía común en seguridad del paciente. La OMS tiene previsto impulsar un programa de taxonomía de la seguridad del paciente, con el propósito de armonizar conceptos, principios, normas y términos utilizados para trabajar sobre el tema.

Prevención, medición y evaluación de eventos adversos

La detección de errores asistenciales se ha realizado, como se expuso anteriormente, a través de diversos métodos. Un número muy importante de estudios sobre errores médicos han utilizado revisiones retrospectivas de historias para cuantificar la frecuencia de EA. Aunque

la obtención de datos de esta forma produce una importante información epidemiológica, es costosa y es de poco valor potencial para determinar las estrategias para reducir los errores. Además, la revisión de historias sólo detecta Eventos Adversos documentados y a menudo la información capturada no contempla sus causas. Errores importantes que no producen daño son indetectables por este método.

El mayor efecto sobre la mejora de la seguridad y la calidad se genera localmente, cuando la institución utiliza la comunicación de los incidentes de seguridad del paciente en el marco de un sistema continuo de mejora de la seguridad y la calidad. La comunicación y recopilación de datos sobre los incidentes sólo tiene sentido si los datos son sometidos a análisis y evaluados, y si se proporciona información a los profesionales involucrados en el incidente y a todas las demás personas que puedan aprender del mismo.

Una de las herramientas utilizadas para la evaluación de los problemas de seguridad es el Análisis de las Causas Raíz (Root Cause Analysis - RCA-), que permite preguntarnos de un modo estructurado y objetivo el “qué”, “cómo” y “por qué” ha ocurrido el evento. El objetivo del RCA es investigar y evidenciar todos los factores que han contribuido al incidente relacionado con la seguridad del paciente y el resultado un plan de acción que identifica las medidas que la organización tiene que implementar para reducir el riesgo de que eventos similares puedan ocurrir en el futuro. El análisis identifica los cambios necesarios en los procesos que mejoran el nivel de la práctica y reducen el riesgo de un determinado evento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de ayudar a reducir el

tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo.

Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Identificación del paciente.
2. Comunicación efectiva.
3. Manejo de medicamentos.
4. Cirugía y Procedimientos.
5. Caída de pacientes.
6. Uso de protocolos y guías.
7. Infecciones Nosocomiales.
8. Clima de seguridad.
9. Factores humanos.
10. Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones.

El principal reto que se plantea es no culpar ni castigar, sino evitar que ocurran los errores - ya sean humanos o del sistema. Ello exige una mayor transparencia en los sistemas de atención de salud y una mayor predisposición por parte de los profesionales de la salud para reconocer nuestros errores. Después de todo, errar es humano. Pero ocultar los errores es imperdonable; y no aprender de ellos no tiene excusas. Todos cometemos errores, pero tenemos el deber de

aprender de ellos y de encontrar la forma para asegurarnos de que nunca más vuelvan a causar daño.

Responsabilidad de la Enfermera en la Seguridad del Paciente.

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. Es así como enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería para lograr la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado; desde Florence Nightingale hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda. ⁽¹⁵⁾

Las enfermeras deben: tener información en materia de seguridad, proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas, reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la adquisición de equipamiento y mantenimiento, y conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Tener presente que la seguridad del paciente depende de muchos factores, tales como la disponibilidad de un nivel de uso de material y equipos técnicos y medicamentos de alta calidad, establecimiento de procedimientos diagnósticos y terapéuticos normalizados (directrices de práctica clínica), reparto claro de tareas y responsabilidades, sistemas de información adecuados, documentación exacta, y buena

comunicación, tanto entre los equipos e individuos encargados de prestar la atención sanitaria como con el paciente. La creación de condiciones y una atmósfera de trabajo adecuadas por medio de una correcta organización del trabajo, la reducción del estrés y la tensión, la aportación de condiciones sociales y sanitarias adecuadas y seguras a los trabajadores de los servicios sanitarios, y el aumento de la motivación reducen la importancia de los “factores humanos” en los incidentes de seguridad del paciente.

La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación, para brindar cuidados oportunos con calidad y libres de riesgo, reconociendo que el lavado de manos es la piedra angular y la acción más simple y al alcance de todos para cuidar la seguridad del paciente.

EL CONOCIMIENTO

El conocimiento de las cosas es una de las actividades más comunes que realizamos al ponernos en contacto con ello, debido a que admitimos la existencia del conocimiento como algo evidente. Sin embargo cuando empezamos a reflexionar, a asumir una actitud crítica frente al conocimiento, surge una serie de planteamientos, tales como:

¿Es posible el conocimiento?

¿Cuál es su origen?

¿Cuál es su esencia?

¿En qué consiste el criterio de verdad?

Desde este punto de vista nos situamos frente al problema del conocimiento. La disciplina filosófica que se ocupa del estudio del

problema del conocimiento se denomina gnoseología o teoría del conocimiento.

La palabra gnoseología deriva de las voces griegas: gnosis, conocimiento y logos, tratado o estudio.

- **Definición**

Es un acto que ocurre cuando un sujeto, (sujeto cognoscente) aprehende un objeto (objeto del conocimiento) de manera psíquica y no física. Por lo que podemos señalar que existe un sujeto cognoscente, que es quien protagoniza la actividad de conocer; un objeto cognoscible, que es la persona, animal, fenómeno o cualquier objeto posible de ser conocido y, la relación entre ambos; esto implica una correlación, una relación doble, en función del otro. Esta correlación es irreversible por el hecho de que ni el sujeto ni el objeto pueden cambiar sus funciones.

En el fenómeno del conocimiento se encuentran frente a frente la conciencia y el objeto: el sujeto y el objeto. Por ende, el conocimiento puede definirse como una determinación del sujeto por el objeto. Un conocimiento es verdadero si su contenido concuerda con el objeto mencionado ³¹.

El conocimiento presenta tres elementos principales: el sujeto, la imagen y el objeto. Visto por el lado del sujeto, el fenómeno del conocimiento se acerca a la esfera psicológica; por la imagen con la lógica y por el objeto con la ontología. Debido a que ninguna de estas disciplinas puede resolver cabalmente el problema del conocimiento se funda una nueva disciplina que llamamos teoría del conocimiento.³¹

Así tenemos que el conocimiento es producto del cerebro humano en una interrelación con la realidad objetiva, aprehendiendo a la misma e interiorizando y procesando a través de las neuronas, por lo tanto el conocimiento es producto ideal del conocer.

El conocimiento es una formulación de hechos, caracteres o propiedades de los objetos que el sujeto realiza por el pensamiento al aprehender dichos objetos; por tanto, estos conocimientos como resultado o producto se pueden acumular, transferir a otros sujetos gracias al lenguaje.

Existen concepciones tradicionales sobre la adquisición del conocimiento, siendo el conocimiento un producto de la actividad social; se produce, mantiene y difunde en los intercambios con los otros seres humanos. Un individuo aislado no puede desarrollarse como ser humano y los hombres y mujeres dependemos de los demás para la mayor parte de nuestras actividades, en tanto se es un ser social. Los conocimientos son producidos por las personas y están acumulados de alguna forma en lo que puede llamarse la mente, pero se generan en los intercambios con los otros, se comunican a los otros y se perfeccionan en el comercio con los demás, en el proceso de compartirlos y contrastarlos con lo que piensan o saben hacer los demás.

Las personas pueden producir conocimientos que antes no existían, dando lugar al progreso cultural, pero la mayoría de los conocimientos los recibimos de los otros o los adquirimos a través de nuestra actividad en los intercambios sociales. En la mayor parte de las sociedades se acumulan también de una forma más permanente mediante ayudas exteriores como son los productos de la actividad

cultural, entre los que se cuentan las herramientas, las construcciones, esculturas o dibujos, y todos los resultados de la actividad tecnológica.

Pero además de eso los humanos han logrado producir en bastantes sociedades métodos más permanentes de conservación del conocimiento, como el lenguaje escrito y otros sistemas simbólicos que permiten transmitir los conocimientos a individuos con los cuales no resulta necesario tener un contacto directo, de tal forma que podemos aprender de personas que desaparecieron mucho antes de que nosotros naciéramos o que viven en lugares muy alejados y que nunca tendremos oportunidad de encontrar. De estas observaciones parece desprenderse que la idea más simple y aparentemente obvia acerca de cómo se adquiere el conocimiento es que éste se toma de fuera, está en la sociedad, lo poseen los otros y nosotros nos apoderamos de él y nos lo incorporamos. La mayor parte de la gente no produce conocimientos que sean nuevos para la humanidad y se limita a utilizar conocimientos que otros ya tienen. La palabra "aprender", que usamos habitualmente para referirnos a la adquisición de saberes, y que proviene del latín "apprehenderé", transmite la idea de ese proceso mediante el cual "cogemos" o "nos apoderamos" de algo que está ahí a nuestra disposición o que los otros nos dan. La acción opuesta a aprender es "enseñar", que etimológicamente significa dejar una "seña" o "marca", indicando que al enseñar dejamos una marca en el que aprende. De acuerdo con esta concepción, la actividad educativa consistiría en transmitir los conocimientos al alumno, que los aprendería y quedaría marcado por ellos. La mayor parte de los individuos serían puros consumidores de conocimientos y solo algunos los fabricarían o producirían. Esta teoría concuerda muy bien con el sentido común y parece explicar satisfactoriamente lo que sucede todos los días delante de nosotros cuando una persona aprende algo

que le resulta nuevo. Lo que presupone es que el conocimiento está hecho y terminado fuera del sujeto y pasa a adentro; puede venir de los otros o de la misma realidad, que el sujeto copiaría. Es una concepción que está emparentada con el "empirismo", una de las posiciones filosóficas dominantes para explicar la formación del conocimiento. Según esta doctrina, que fue propuesta y defendida inicialmente por los filósofos ingleses como Locke, Berkeley y Hume, cuando nacemos nuestra mente es como una pizarra en blanco, una tabula rasa, sobre la que se va escribiendo el resultado de nuestras experiencias, que de esta forma se irían acumulando en nuestra mente.³²

Con el avance de la ciencia se ha puesto en evidencia que no se puede negar la existencia de ideas innatas transmitidas genéticamente y todo nuestro conocimiento sería el resultado del contacto con una realidad - que incluye a los otros- y que está dada y es exterior a nosotros. Por tanto los estímulos externos son importantes desde el vientre materno, para desarrollar la red neuronal y en consecuencia mayores capacidades. Esto se conoce genéricamente como "innatismo", que afirma que nuestra mente tiene conocimientos a priori o innatos sin los cuales sería imposible conocer. Así se ha sostenido que la noción de objeto, o las categorías de espacio, tiempo, causalidad, número, que resultan necesarias para organizar nuestra experiencia, son innatas.

Muchos investigadores actuales sobre la primera infancia que estudian las capacidades humanas desde los recién nacidos también se inclinan por posiciones innatistas al descubrir en niños muy pequeños capacidades que no sospechábamos (Mehler y Dupoux, 1990) ³².

- **Tipos de Conocimiento**

1. **Conocimiento común.** Es el conocimiento adquirido y usado como producto de la actitud espontánea o natural; está íntimamente vinculado a nuestros impulsos más elementales. Obedece a los problemas inmediatos que la existencia nos plantea. No está vinculado a ningún orden o sistema, simplemente lo conservamos y lo empleamos. Este conocimiento es el que adquirimos diariamente sin ningún método previo o rigurosidad alguna y nos ayuda a solucionar problemas de nuestra vida cotidiana.

2. **Conocimiento científico.** Es, aquel que no ha sido logrado a través de una actitud espontánea, sino adoptando una actitud científica. Este conocimiento es selectivo, metódico y sistemático, que se apoya constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos, lo cual le da el carácter riguroso y objetivo y hace, que él, sin perder su esencia teórica, sea un eficaz instrumento de dominio y transformación de la realidad.

3. **Conocimiento filosófico.** Es aquel que elabora conclusiones a partir de datos vulgares (comunes) o científicos, organiza juicios y argumentos, relaciona principios y consecuencias, discierne posibilidades y probabilidades, selecciona verdades y apariencias, reflexiona y discurre para llegar a la seguridad y a la veracidad, a la firmeza y a la objetividad, a la filosofía en definitiva.

- **Construcción del conocimiento**

Existen dos grandes corrientes que explican la construcción del conocimiento:

1. **Perspectiva individual o psicologista:** el individuo es el protagonista de la construcción de teorías. El sujeto construye el conocimiento a partir de su interacción con el entorno físico y social pero el producto dependerá del desarrollo de sus capacidades cognitivas.

2. **Perspectiva cultural y sociologista:** el conocimiento tiene origen sociocultural, concibe el conocimiento como artefacto de las comunidades sociales.

Teoría de Piaget. El niño como el adulto son organismos que seleccionan e incorporan estímulos del medio y ejercen sus propios mecanismos de control.

- **Mecanismos de construcción de lo real.**

Ningún humano está preformado. El objeto se construye mediante la realización de un conjunto de esquemas u operaciones aplicadas a él. Piaget menciona que existe una continuidad entre la biología y la mente. Los principios que rigen el desarrollo del organismo son los mismos que inspiran el desarrollo del sistema cognitivo. La adaptación es la tendencia de los organismos a ajustarse a las condiciones ambientales, es la fuerza que impulsa al sujeto a reajustar y cambiar sus estructuras mentales en su interacción con el medio.

La dinámica de la construcción del conocimiento.

El desarrollo con una progresión de estructura cada vez más perfeccionada y equilibrada. Si la acción era la el instrumento básico para la construcción del mundo real, la abstracción tiene lo propio en la construcción del mundo de lo posible.

- **Los dos aspectos del conocimiento operativo y figurativo.**

El operativo comprende las reglas de construcción y transformación del objeto que son abstractos y libres de contenido; el figurativo se refiere al contenido específico al que se aplican las reglas, los aspectos figurativos se desarrollan a través de la percepción de la imitación y de la imagen mental del mundo externo.

- **Relación entre cultura y cognición: el universalismo.**

Las diferencias culturales pueden alterar el ritmo de la evolución pero no modificar sustancialmente la secuencia del desarrollo.

2.3. Definición Operacional de Términos

1. Conocimientos sobre Seguridad del Paciente.- Es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados claros, precisos y fundados que posee la enfermera sobre seguridad del paciente en lo que respecta a definición, importancia, necesidad de seguridad, riesgos de la atención sanitaria, factores de la ocurrencia de eventos adversos, notificación de eventos adversos (EA), prevención, medición y evaluación de eventos adversos en el cuidado de la salud.

2. Seguridad del Paciente.- es un principio fundamental de la atención sanitaria, hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.

3. Enfermera.- Es la persona varón o mujer titulada de enfermera que labora en el Hospital en servicios críticos y no críticos, en condición de nombrada o contratada. .

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El tipo de investigación es cuantitativo porque se obtendrán datos susceptibles de cuantificación que permitirán un tratamiento estadístico de los conocimientos que tienen las enfermeras sobre seguridad del paciente.

Es de nivel aplicativo porque permitirá direccionar las mejores decisiones a favor de la seguridad del paciente en el hospital, contribuyendo a mejorar la práctica de las enfermeras que no está exenta de la ocurrencia de eventos adversos.

El método a utilizar es el descriptivo, el que permitirá mostrar la información tal y como se obtenga de acuerdo a la realidad y de corte transversal porque la información se obtendrá en un determinado tiempo y espacio.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón del Distrito de Nuevo Chimbote, ubicado al norte del país a 400 Km. de la ciudad de Lima. En la av. Brasil s/n. Cuenta con 5 pisos operativos: en el primer piso se encuentra las oficinas administrativas; en el segundo piso esta el servicio de medicina con capacidad para 30 camas, en el tercer piso se encuentra el servicio de cirugía con 40 camas, en el cuarto piso se encuentran los servicios de pediatría con

30 camas, servicio de ginecología con 50 camas, y el servicio de recién nacidos con 8 cunas, en el quinto piso se encuentra la sala de operaciones, la unidad de cuidados críticos del adulto con 2 camas, la UCIN con 5 incubadoras y centro obstétrico. En el lado derecho del hospital se encuentra el modulo de pediatría y vacunaciones; en el lado izquierdo está ubicado consultorios externos.

El hospital brinda atención en las especialidades como son: Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, traumatología, neurocirugía, neurología, gastroenterología, otorrinolaringología, oftalmología, odontología, cardiología y psicología a una demanda diaria de pacientes que acuden a la consulta externa por las mañanas de lunes a sábado y las 24 horas del día en el servicio de emergencia la población es atendida en sus cuatro especialidades básicas: pediatría, ginecología, medicina y cirugía y con la modalidad de retenes para las especialidades.

Entre las enfermedades y patologías más frecuentes se encuentran:
Enfermedades infecciosas: enfermedades diarreicas, infecciones agudas de vías respiratorias superiores e inferiores, neumonías y bronconeumonías.

Enfermedades no infecciosas: asma, diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón.

Enfermedades en el servicio de emergencia: faringitis y amigdalitis aguda, dolor abdominal y pélvico, fiebre de origen desconocido, asma, síndromes obstructivos bronquiales, atenciones de accidentes interprovinciales y atención de referencias de diferentes patologías de la sierra de Huaraz.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

De una población de 105 enfermeras distribuidas como sigue:

Consulta externa	04
Módulo de pediatría	04
Servicio de emergencia	14
Servicio de medicina	10
Servicio de cirugía	08
Servicio de pediatría	10
Centro quirúrgico	12
Central de esterilización	02
Servicio de cuidados críticos del adulto	06
Servicio de cuidados intensivos neonatales	19
Estrategias sanitarias	04
SUBTOTAL	93
Enfermeras de vacaciones por mes un total de	12
TOTAL	105

Considerándose los criterios de inclusión y exclusión la población quedó constituida en 77 enfermeros.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Enfermera contratada o nombrada que labore en el Hospital.
- Enfermera que acepte voluntariamente participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Enfermera que se encuentre de vacaciones o licencia durante el recojo de información.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO)

La técnica utilizada es la entrevista/encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario estructurado, el mismo que consta de 3 partes: La primera parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, los objetivos, la importancia de la participación en el estudio y el agradecimiento. La segunda parte corresponde a los datos generales del informante y la tercera parte consta de 20 preguntas cerradas con alternativas múltiples, correspondientes a las dimensiones e indicadores de la variable conocimientos, que estuvo constituido por 20 preguntas o reactivos organizados de la siguiente manera: el cual permitirá recolectar información para determinar los conocimientos sobre seguridad del paciente que tienen las enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

3.6. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se realizó mediante el Juicio de Expertos, participaron 10 profesionales expertos en salud y seguridad y docentes de Investigación en salud, cuyas sugerencias sirvieron para mejorar el instrumento.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la prueba piloto que se realizó en un establecimiento de salud con las mismas características, lo que permitió realizar los reajustes en su diseño, medición y tiempo de aplicación.

En forma general podemos decir que los resultados de la prueba/cuestionario aplicado a los enfermeros presenta como

apreciamos en el Anexo I, una nota promedio de 9.77 puntos en sistema vigesimal, siendo la desviación estándar de ± 2.11 . El mayor calificativo fue 14 puntos y el menor obtenido fue 4 puntos. La proximidad de los valores de la mediana y la moda muestran que la distribución de los resultados es tipo gaussiano.

En el anexo J, apreciamos la puntuación de mayor frecuencia fue 11 puntos (20.8%) y 9 puntos (19.5%), seguido de los casos con 10 puntos (15.6%). Se puede observar que no hay una mayoría absoluta en los calificativos del cuestionario, lo que indica una dispersión de los resultados, es decir que existen enfermeros con diversos tipo de conocimiento respecto del tema tratado.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se solicitó por escrito el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, para la recolección de datos, y luego se realizó las coordinaciones con las autoridades de la Unidad de Capacitación e Investigación del establecimiento así como con las jefaturas de los diversos departamentos y servicios de hospitalización, para programar horarios y obtener las facilidades para la aplicación del instrumento y recogida de datos, que se efectuó durante el mes de noviembre, en los diferentes turnos donde se encontraban laborando el personal profesional de enfermería, teniendo en cuenta el consentimiento informado de cada uno de ellos.

Luego de la recolección de datos; éstos fueron procesados en forma manual mediante el sistema de paloteo a una tabla de procesamiento

de datos. Una vez establecidos los valores que se le otorgó al conocimiento, mediante la Escala de Kendall, utilizando el programa SPSS, versión 20.1

Se calificó las pruebas según las respuestas dando un valor de 1 punto a las correctas y 0 puntos a las respuestas erradas. Se sumó la puntuación para obtener la calificación total. La evaluación se realizó según la directiva N°004-VMGP-2005, aprobada por R.M. N° 0234-2005-ED, del Ministerio de Educación, directiva de evaluación de los aprendizajes de la siguiente manera:

Aprobado con calificación igual o mayor de 11

Desaprobado con calificación igual o menor de 10

Se utilizó también la siguiente denominación según la nota o calificación obtenida:

CONOCIMIENTO MUY ALTO	18 – 20
CONOCIMIENTO ALTO O BUENO	14 – 17
CONOCIMIENTO REGULAR	11 – 13
CONOCIMIENTO BAJO	06 - 10
CONOCIMIENTO MUY BAJO	00 – 05

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A fin de resguardar los principios éticos de la investigación, se solicitó la autorización de la Institución sede de la investigación.

Se respetó los principios éticos y Declaración de Helsinki y el consentimiento informado a los enfermeros participantes de la investigación, respetando así el principio de autonomía. La

confidencialidad de la información se garantizó con el anonimato, ya que la información brindada por cada participante y es reservada por la investigadora utilizándose la misma sólo para fines de la investigación, no perjudicando en lo absoluto a las participantes. Cumpliendo también el principio de beneficencia porque sus resultados permitirán mejorar la situación encontrada.

El principio de justicia se refleja en la inclusión de todas aquellas enfermeras que deseen participar en el estudio, sin discriminación de raza, cultura o creencia religiosa.

Los resultados de la investigación serán entregados a las instancias correspondientes, y luego se procederá a los trámites para su publicación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Después de calificados los datos se procedió a la elaboración de las tablas y gráficos estadísticos para facilitar el análisis e interpretación de los mismos.

DATOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por 77 enfermeros de los diferentes servicios del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote. Las enfermeras participantes tuvieron edades comprendidas entre 25 a 61 años; siendo la edad promedio el de 43 años, con una desviación estándar de $\pm 10,6$ años; la cercanía de los valores de la moda y la mediana de la edad, muestran una distribución gaussiana o normal de la muestra (Ver Anexo E).

La mayoría de los enfermeros fueron mujeres (90.9%) los varones llegaron a ser el 9,1% (7 casos) (Ver Anexo F)

Los enfermeros que participaron del estudio la mayoría relativa (53,2%) refirió no tener especialidad, y el 32,5% (25 casos) indicaron haber llevado cursos referidos al tema investigado; en ellos el tiempo transcurrido del curso fue para más de la mitad (56%) hace tres años, 20% dos años y 24% un año. (Ver Anexo G)

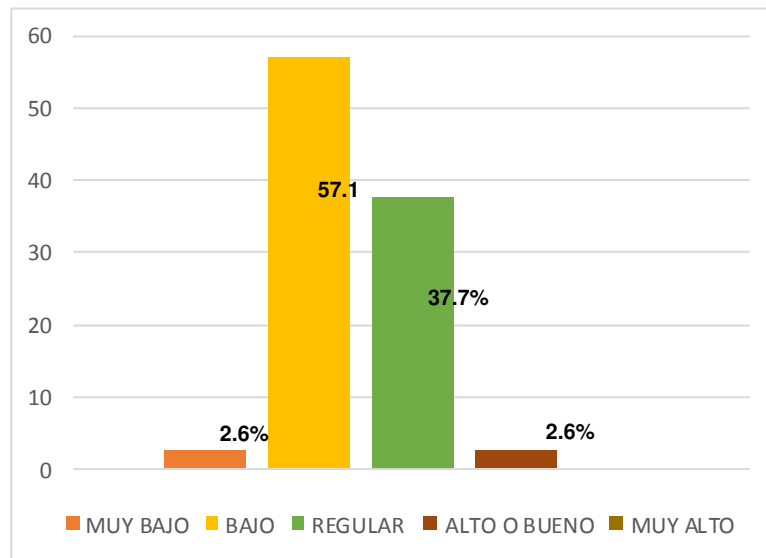
Vale aclarar que pese no tener especialidad la mayoría relativa (53.2%) del personal profesional labora varios años en cada servicio, lo que supone haya sido motivos de haber logrado habilidades y destrezas para su desenvolvimiento.

DATOS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

Respecto al nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente, en el **Grafico N° 1** se puede apreciar que del 100% (77) enfermeras, 57.1% (44) presentan un bajo nivel de conocimientos, seguido del 37.7% (29) que evidencian un regular nivel de conocimientos y 2.6%(2) muy bajo conocimiento y a la vez 2.6%(2) alto o buen conocimiento; siendo que ninguna enfermera presentó conocimientos muy buenos.

GRAFICO N ° 1

CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS ENFERMERAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE-PERU 2017

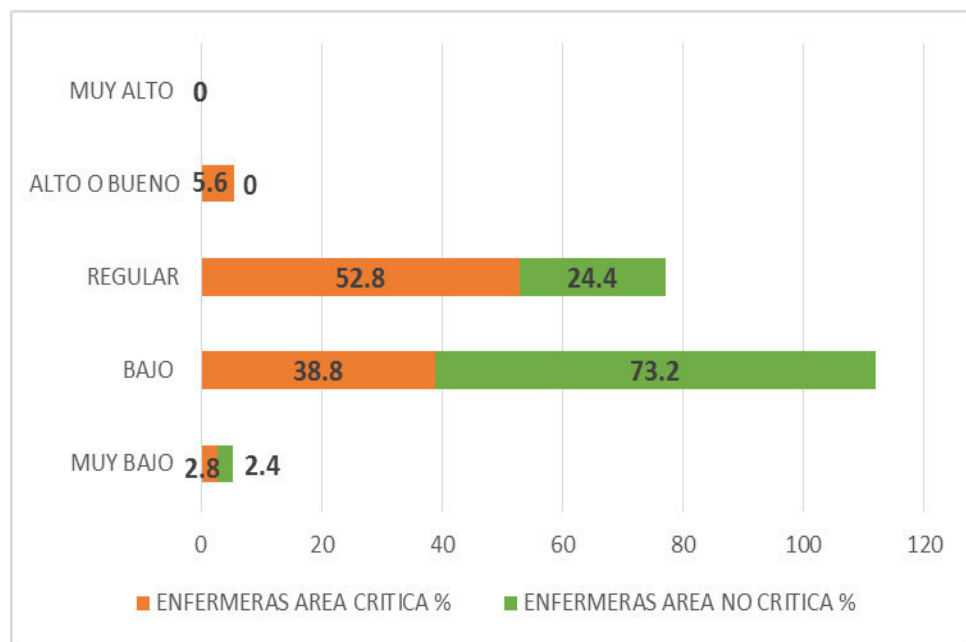


Fuente: datos obtenidos mediante cuestionario elaborado por la autora para la presente investigación.

Según los hallazgos que presentan en el Gráfico N° 2, puede apreciarse que del 100% (77) enfermeras, 73.2% (30) poseen un nivel de conocimientos bajo y laboran en áreas no críticas, mientras que 38.8% (14) laboran en áreas críticas. Asimismo de las enfermeras que poseen conocimiento regular, 52.8% (19) pertenecen a áreas críticas y 24.4% (10) laboran en áreas no críticas.

GRAFICO N°2

CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS ENFERMERAS DE AREAS CRITICAS Y NO CRITICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017

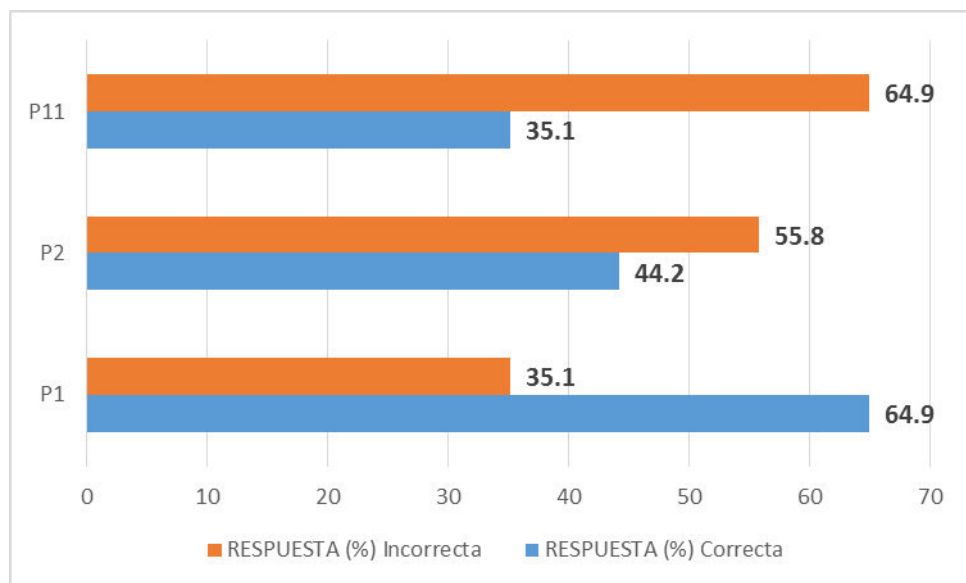


Fuente: datos obtenidos mediante cuestionario elaborado por la autora para la presente investigación.

En el gráfico N°3, se presenta la información respecto del conocimiento de las enfermeras sobre el concepto e importancia de la seguridad del paciente, en la cual apreciamos que del 100% (77) enfermeras; el 64.9% (50) enfermeros responde correctamente en lo correspondiente a la definición de la seguridad del paciente; sobre los errores en la interpretación incorrecta de la situación del paciente 64,9% (50) enfermeros responde incorrectamente, siendo la respuesta también incorrecta en el 55.8% (43) enfermeras en lo correspondiente a la denominación del daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y no por las condiciones basales del paciente.

GRAFICO N°3

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017

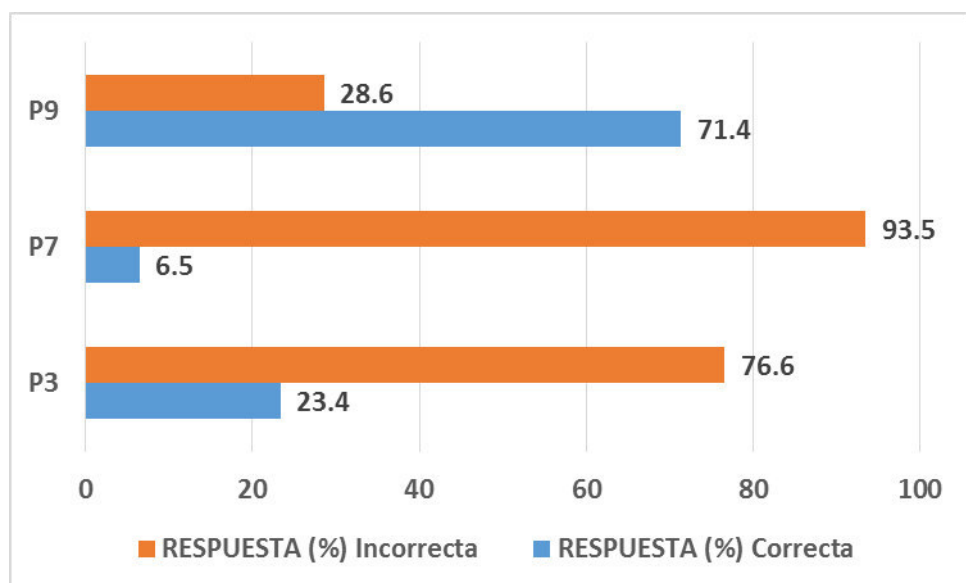


Fuente: datos obtenidos mediante cuestionario elaborado por la autora para la presente investigación.

En el gráfico N°4, se presenta la información respecto del conocimiento de las enfermeras sobre los riesgos de la atención sanitaria en la seguridad del paciente, en la cual apreciamos que del 100% (77) enfermeras; las respuestas son incorrectas en el impacto de los eventos adversos para 93.5% (72) enfermeras, así como en lo concerniente a que es aquello que no es considerado un evento adverso con un 76.6% (59) enfermeras, siendo la respuesta correcta en el 71.4% (55) enfermeras respecto de la clave para mejorar la seguridad del paciente.

GRAFICO N°4

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017



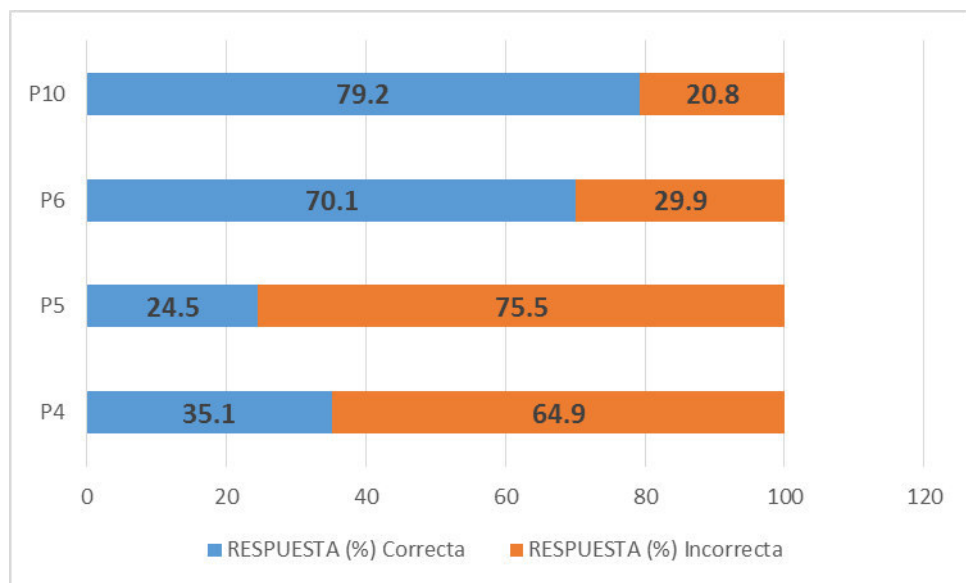
Fuente: datos obtenidos mediante cuestionario elaborado por la autora para la presente investigación.

En el gráfico N°5, se presenta la información respecto del conocimiento de las enfermeras sobre los factores adversos en la seguridad del paciente, en la cual apreciamos que del 100% (77) enfermeras; las respuestas incorrectas están referidas a: situaciones más frecuentes en el ámbito hospitalario que afectan la seguridad del paciente en 75.5% (58) enfermeras, conque factor consideran que está relacionado “el exceso de confianza” en 64.9% (50) enfermeras.

Mientras que las respuestas mayoritariamente correctas están relacionados a la naturaleza de los eventos adversos como fallas latentes 79.2% (61) enfermeras y en cómo está considerando el error humano 70.1% (54) enfermeras.

GRAFICO N°5

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA OCURRENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017

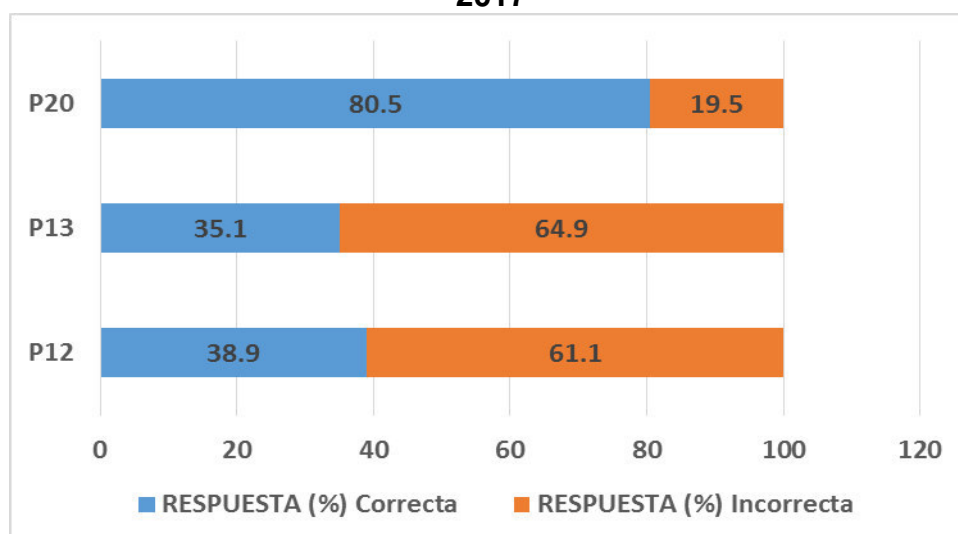


Fuente: datos obtenidos mediante cuestionario elaborado por la autora para la presente investigación.

En el gráfico N°6, se presenta la información respecto del conocimiento de las enfermeras sobre la notificación de eventos adversos en la seguridad del paciente, en la cual apreciamos que del 100% (77) enfermeras; las respuestas incorrectas están relacionadas a identificar cuales no son características de un sistema de reporte de eventos adversos y está presente en 64.9% (50) enfermeras, así como a aprender lo que implica la notificación de la ocurrencia de un evento adverso para mejorar la seguridad del paciente y que está presente en 61.1% (47) enfermeras. Siendo que la respuesta correcta en esta dimensión está referida que la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave en la seguridad del paciente para un 80.5% (62) enfermeras.

GRAFICO N°6

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017

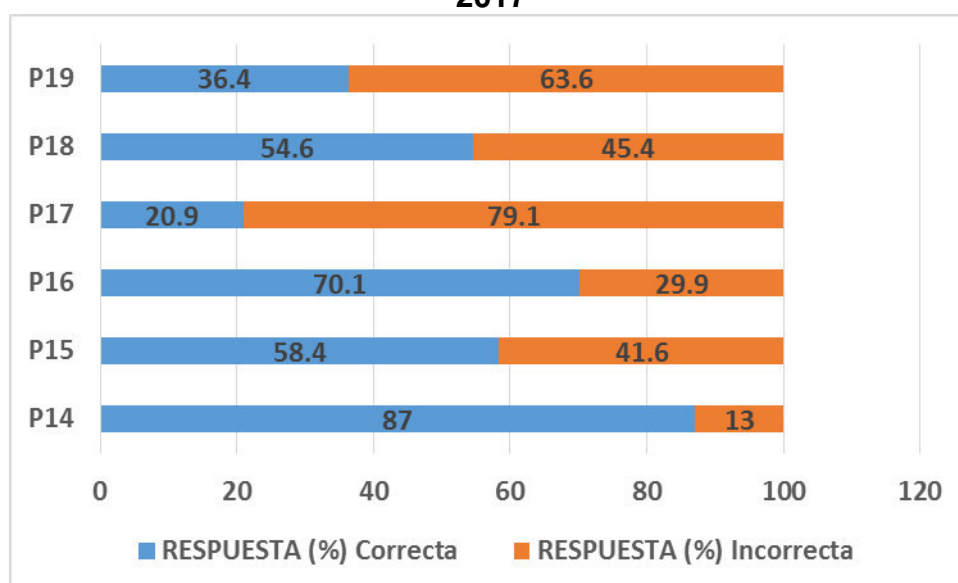


Fuente: datos obtenidos mediante cuestionario elaborado por la autora para la presente investigación.

En el gráfico N°7, se presenta la información respecto del conocimiento de las enfermeras sobre la prevención, medición y evaluación de eventos adversos en la seguridad del paciente, en la cual apreciamos que del 100% (77) enfermeras; encontrando que las respuestas incorrectas están referidas a la gestión de calidad en 79.1% (61) enfermeras, aspectos a considerar en gestión del riesgo clínico en 63.6% (49) enfermeras; mientras que las respuestas correctas están referidos a los aspectos que no son criterio de medición en la evaluación de la seguridad del paciente para el 87% (67) enfermeras; la acción importante de prevención en la política de organización sobre seguridad del paciente 70.1% (54) enfermeras; En seguridad del paciente, los medicamentos bloqueadores neuromusculares se almacenan por separado de los otros medicamentos 58.4% (45) enfermeras y que el sistema preventivo de seguridad del paciente es la primera estrategia 54.6% (42) enfermeras.

GRAFICO N° 7

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA PREVENCIÓN, MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS COMO PARTE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017



4.2. DISCUSION

El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo, la preocupación por la seguridad del paciente ha sido una constante histórica y base en la doctrina científica enfermera, donde se ha venido contemplando como una de las necesidades más importante para el hombre. Así muchas teóricas de enfermería y de ciencias afines así Florencia Nightingale tuvo serias preocupaciones por evitar mayos contaminación y complicaciones en los cuidados que brindaba, así como también Virginia Henderson que engloba a la seguridad dentro de sus 14 necesidades básicas y Maslow que lo pone como una necesidad básica la seguridad de la persona.

Por su parte Faye Glienn Abdellah en su tipología de los 21 problemas de enfermería, habla de fomentar la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones o traumatismos y mediante la prevención de la propagación de la infección; Evelyn Adam la aborda como una necesidad fundamental de evitar los peligros del entorno y evitar el daño a otros. Asimismo M. Leininger entre sus constructos del cuidado cita la conducta de protección y Nancy Roper la define como una actividad vital el de mantenimiento del entorno seguro. Por tanto como podemos apreciar, el tema de seguridad no es una preocupación de hoy si no que data de muchos años y es así que a finales del siglo XX tomó mayor impulso por lo que la estrategia de seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad de las agendas políticas de muchos países.

El nivel de conocimientos de las enfermeras visto en forma global oscila entre bajo y regular, siendo que ninguna enfermera presentó conocimientos muy buenos. Asimismo, según si los enfermeros son de unidades críticas o no críticas apreciamos que estos conocimientos son de bajo a regular si el enfermero trabaja en área crítica, siendo más notorio que el conocimiento sea bajo si el enfermero labora en áreas no críticas. Esto puede inducir a la presencia de limitantes que afecten la seguridad en el cuidado brindado al paciente crítico y no crítico de manera significativa; lo que sugiere la necesidad imperiosa de actualizar al personal de enfermería y al personal de salud en general en seguridad del paciente para mejorar los indicadores de calidad de la atención de salud.

Al respecto en estudios de investigación realizados en un grupo de enfermeros del programa VENCER en México para identificar los conocimientos sobre el sistema de vigilancia de los eventos adversos y

riesgos, los resultados fueron el desconocimiento del programa en un 92 % y falta de reinformación en un 84%. Observándose similitud con el presente estudio, lo que llama la atención ya que en la formación de pre grado el tema de la seguridad del paciente es un tema permanente como parte del cuidado de enfermería y preocupa lo que está pasando con los conocimientos de las enfermeras que se encuentran en pleno ejercicio de la profesión; que al pasar el tiempo es posible que se la haya restado la gran importancia que tiene o que nunca fue un conocimiento consolidado ni puesto mucho en práctica, ya que la practica o aplicación del conocimiento en un quehacer, hace que se reafirme el conocimiento y en la práctica se convierta en un hábito razonado..

Contrastando con el “Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención primaria de Salud” realizado en España donde analizan la frecuencia y tipos de eventos adversos, podemos concluir que si bien en esa realidad la frecuencia de eventos adversos es baja, y predominan los de carácter leve. En nuestra realidad habría que hacer un correlato entre los conocimientos y su aplicación en el quehacer, de manera que pueda desentrañarse la preocupación frente a los hallazgos encontrados.

En un estudio realizado en Lima Perú en el 2007 “Percepciones de las enfermeras acerca de la cultura normativa en Bioseguridad, donde los resultados 78% mostraron marcada inclinación por el reconocimiento del riesgo existente, mientras que un 56% acepta la posibilidad de error en la cotidianidad de su desempeño laboral.

Como podemos observar más del 50% acepta la posibilidad del error, en nuestro caso aún hay temor y miedo al castigo y al qué dirán, si se

comete el error, las autoridades tratan de buscar al culpable y castigarlo, en ningún momento se busca el hacer una crítica constructiva.

La OMS en el 2004 creó la alianza para la seguridad de los pacientes con el objetivo de difundir el conocimiento y soluciones encontradas, lanzando programas y generando alertas para garantizar la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

Uno de los miembros fundamentales de la institución de salud y parte del equipo multidisciplinario en salud es la enfermera, profesional capacitado para brindar cuidado al paciente y teniendo como finalidad fundamental la prevención, y además de ser el único profesional que permanece las 24 horas del día en la atención permanente y continua del paciente, por lo que debe estar continuamente actualizándose e innovando conocimientos.

Por lo que las enfermeras juegan un papel trascendental en la educación para la salud potenciando la participación de los pacientes en su salud adoptando un rol activo en su cuidado y seguridad. De ahí la enorme responsabilidad e importancia del cuidado como garantía de seguridad del paciente, siendo necesario que el personal este muy bien formado y especializado en su área.

No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud le representan sentimientos de inseguridad; por ello la práctica de los modelos y teorías que apuntan a satisfacer las necesidades en los

pacientes, guían la actuación profesional en el marco permanente de la seguridad del paciente.

Las preguntas con mayor error fue la 7 referente a los eventos adversos tienen impacto con 93,5% de error; la pregunta 17 referente a la gestión de calidad, los profesionales de la salud para lograr la seguridad del paciente con 79,1% de error; la pregunta 3 referente a la identificación de efectos no adversos; La pregunta 5 referente a identificación de situaciones más frecuentes en el ámbito hospitalario, que afecta la seguridad del paciente con 75,5% de error; las preguntas 4 y 11 referente a los factores que intervienen en la producción de los eventos adversos y la producción de errores cuando existe interpretación incorrecta de la situación del paciente, ambas preguntas con 64,9% de error. Situación que merece la debida importancia en tanto la seguridad es un indicador de calidad en la atención de salud, y para enfermería implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio de la profesión, sin negligencia y mala praxis, así como la autodeterminación y autorregulación para brindar cuidados oportunos con calidad y libres de riesgo.

Las preguntas con mayor acierto fueron la 8 y la 14 relacionadas a la identificación de las barreras de seguridad para el paciente y la identificación de criterios de la evaluación de la seguridad del paciente, en ambos casos el 87% de casos acertó la respuesta. Otra pregunta que en la mayoría de los casos fue bien respondida (80,5%) fue la 20 que trata sobre la identificación de estrategias clave para la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad seguida de la pregunta 10 con 79.2% de acierto que se refiere a la definición de las fallas latentes en la naturaleza de los eventos adversos.

El nivel de conocimientos según los calificativos que obtuvieron los enfermeros que participaron del estudio fue bajo (57.1%) a regular (37,7%), lo cual comprende al 94.8% del total. Dos casos tuvieron nivel muy bajo y otros dos en nivel bueno. No se obtuvo ningún caso con resultados muy buenos.

Los resultados muestran que la mayoría de los encuestados (59.7%) obtuvieron un resultado desaprobatorio con el instrumento utilizado, solo el 40% obtuvieron calificación aprobatoria y como se mostró en el cuadro anterior hasta un máximo de 14 puntos.

Los resultados en el Anexo M, muestran que los enfermeros que tienen especialidad, tuvieron mayor porcentaje de aprobado (47,5%), en comparación a los que no tienen alguna especialidad (40,3%). En ambos casos fue mayor el porcentaje de casos con nota desaprobatoria. La diferencia de los resultados al análisis estadístico mostró que no hay diferencia significativa, por lo que se puede afirmar que el nivel de los conocimientos del tema no está influenciado o depende de haber realizado alguna especialización en enfermería.

Los resultados en el Anexo N, muestran una clara diferencia entre los enfermeros que han llevado cursos relacionados al temario preguntado respecto a los que no tuvieron alguna capacitación previa. La mayoría (52.2%) de los que manifestaron haber tenido capacitaciones previas tuvieron resultados aprobatorios, en comparación a los enfermeros que indicaron no haber asistido a capacitaciones en los que la mayoría (59.8%) tuvieron resultado desaprobatorio. Esta diferencia es estadísticamente significativa, por lo que los resultados o calificativos se relacionan y dependen o están influenciados por la asistencia previa a cursos informativos del tema investigado.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Este estudio en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote, ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimientos de los enfermeros sobre seguridad del paciente es principalmente bajo, seguido de regular. Siendo de bajo a regular si el enfermero trabaja en área crítica, y conocimiento bajo si el enfermero labora en áreas no críticas.
2. Sobre el concepto e importancia de la seguridad del paciente, la mayoría de enfermeras tiene conocimientos correctos en lo correspondiente a definición de seguridad del paciente y sobre los errores en la interpretación incorrecta de la situación del paciente, siendo que la mayoría tiene conocimientos incorrectos en la denominación del daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y no por las condiciones basales del paciente.
3. Respecto del conocimiento de las enfermeras sobre los riesgos de la atención sanitaria en la seguridad del paciente, el conocimiento es incorrecto en lo concerniente al impacto de los eventos adversos, así como en los aspectos que no son considerados como eventos adversos, siendo el conocimiento correcto en los aspectos claves para mejorar la seguridad del paciente.
4. En relación al conocimiento de las enfermeras sobre los factores adversos en la seguridad del paciente, el conocimiento es

incorrecto en lo concerniente a que estos factores constituyen situaciones muy frecuentes en el ámbito hospitalario que afectan la seguridad del paciente y en que alguno de los factores está relacionado “el exceso de confianza”. Los conocimientos correctos están relacionados a la naturaleza de los eventos adversos como fallas latentes y en que está considerando como error humano.

5. Sobre el conocimiento de las enfermeras acerca de la notificación de eventos adversos en la seguridad del paciente, los conocimientos incorrectos están relacionados a identificar cuales no son características de un sistema de reporte de eventos adversos, así como a aprender lo que implica la notificación de la ocurrencia de un evento adverso para mejorar la seguridad del paciente. El conocimiento correcto está referido a que la creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave en la seguridad del paciente.
6. Sobre el conocimiento de las enfermeras en la prevención, medición y evaluación de eventos adversos en la seguridad del paciente, los conocimientos incorrectos están referidos a la gestión de calidad y que existen aspectos a considerar en gestión del riesgo clínico. Los conocimientos correctos están referidos a que existen algunos aspectos que no son criterio de medición en la evaluación de la seguridad del paciente, a que existen acciones importantes de prevención en la política de organización sobre seguridad del paciente, a la necesidad que los medicamentos bloqueadores neuromusculares se almacenen por separado de los otros medicamentos y a que el sistema preventivo de seguridad del paciente debe ser considerada como la primera estrategia.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios de investigación similares en donde se involucren a todos los profesionales y no profesionales a fin de garantizar una atención segura y de calidad.
2. Realizar estudios de investigación cualitativos para profundizar en la importancia y significado que le conceden a la seguridad del paciente.
3. Tener en cuenta los resultados de la presente investigación para realizar los programas de capacitación en la institución donde una de las temáticas debe ser la seguridad del paciente, contando con el apoyo de expertos, para motivar la participación y la mejora en la seguridad del paciente.
4. En futuras investigaciones se sugiere relacionar el nivel de conocimiento sobre seguridad del paciente, con otras variables entre ellas la calidad de la atención, satisfacción del usuario.etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora03_nov04.htm.
2. OMS.2002. Análisis de las organizaciones de salud. Documento preliminar de trabajo Washington DC.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Seguridad del paciente.p.8
4. OMS. Asamblea Mundial de la Salud.A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. Informe de la secretaria.
5. OMS. Alianza por la Seguridad del Paciente. Documento de trabajo. Washington DC.
6. Ministerio de Salud del Perú -MINSA. (2011). Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía R. M. – N° 1021- 2010/MINSA . Diciembre 10, 2015, de Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud Lima-Perú Sitio web: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf
7. Fajardo,G., Rodríguez, J.,& Arboleya, A.. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. noviembre 15, 2015, de Academia Mexicana de Cirugia Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

8. World Health Organization. Geneva. World health organization. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr/22/en/index.html> [acionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos](http://www.acionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos).
9. Aranaz A. Jesus. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Revisado el 15 Febrero 2017. En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.pdf
10. Hernández y colab. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Revisado el 15 Febrero 2017. En <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/165/472>
11. Juárez-Pérez y Durán- Muñoz. “Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería” 2009, Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Año 2009, No. 1. México En: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=24957>
12. Mira JJ y colab. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. 2008. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-percepcion-seguridad-clinica-tras-el-13132769>
13. Vásquez José, Frias y colab. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? 2011. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc111j.pdf>

14. Roqueta E. "Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español 2011" En en:http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf

15. Gómez Ramírez Olga, y colaboradores. Universidad Nacional de Colombia, presentaron un estudio de investigación sobre "Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia" en el año 2011. Sitio Web: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>

16. Fajardo,G., Rodríguez, J.,& Arboleya, A. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud 2011. Revista Academia Mexicana de Cirugia. Nov. 15, 2015. En: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

17. Carchano Monzó, M.A, Juliá Sanchis, R, Serralta Bou, V. , Lucas A., Osuna Pérez, R. Sausa Micó, V; presentaron un estudio sobre la "Percepción de la Cultura de la Seguridad del Paciente entre los profesionales del Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal. Murcia 2010. Sitio Web: http://www.semes.org/revista/vol23_5/4.pdf

18. Intendencia de Prestadores de Salud .Unidad Técnica Asesora de Chile, presentó un estudio sobre "Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado". Chile 2009. Sitio Web http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles6440_recurso_1.pdf

19. CHAVARRÍA RAMÍREZ, Lucy Irma. Percepciones de las Enfermeras acerca de la Cultura Normativa en Bioseguridad en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima 2007
20. Ore Rodríguez, María del Rosario; presentó un estudio de investigación sobre “Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico” Lima- Perú. 2010. Sitio Web: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1816771320100001000003&script=sci_arttext
21. World Health Organization. Geneva. World health organization. <http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/>.
22. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermería/enfermeriaVol1042007/Editorial.htm>
23. Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow. En: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-las-necesidades-humanas-abraham-maslow/>
24. Revista Sociedad Especialistas Enfermería Nefrológica. 2007 En: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1139-13752007000300001
25. Primera guía de seguridad del paciente. Subdirección de servicios de salud. Mexico. 2008
26. Kozier, EO. Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica. McGraw-Hill. Interamericana, 4ta edición, tomo1.

27. Aibar y J. Aranaz 196 An. sis. sanit. Navar. 2003, Vol. 26, N° 2, mayo-agosto.
28. Muiño Míguez. Jimenez Muñoz. Seguridad del Paciente. Anales de Medicina Interna. Madrid. 2007.
29. Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press, 1990.
30. MSc. Carlos Agustín León Román. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana de Enfermería 2006; 22 (3)
31. http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38936668/0_TEORIA_DEL_CONOCIMIENTO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1498228225&Signature=N7%2FUJiYdHc7OP2ns3UB5lyWc%2BRo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D TEORIA DEL CONOCIMIENTO.pdf
32. Delval, J. ¿CÓMO SE CONSTRUYE EL CONOCIMIENTO? En: http://antoniopantoja.wanadooatl.net/recursos/varios/cons_cono.pdf

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A	Operacionalización de la variable	I
B	Cuestionario	III
C	Consentimiento Informado	IX
D	prueba de validación del instrumento	XI
E	Edad de los enfermeros participantes	XII
F	Sexo de los enfermeros participantes	XII
G	Características de especialidad y asistencia a cursos relacionados al tema investigado	XIII
H	Descriptorios de las calificaciones de la prueba o cuestionario	XIII
I	Descripción pormenorizada de las calificaciones de la prueba o cuestionario	XIV
J	Descripción de las calificaciones de la prueba o cuestionario según el nivel o denominación alcanzada	XIV
K	Descripción de las respuestas por pregunta de la prueba o cuestionario	XV
L	Relación del resultado de la prueba o cuestionario con la especialidad	XV
M	Relación del resultado de la prueba o cuestionario con la asistencia a cursos relacionados	XVI

ANEXO "A"

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

TÍTULO: "Conocimientos sobre Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2012^a

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	indicadores	Items	Definición operacional de la variable	Valor Final
Conocimientos sobre Seguridad del Paciente en Enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.	<p>El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal.</p> <p>El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre el concepto e importancia de la seguridad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones de seguridad del paciente • Importancia de la seguridad del paciente. 	1-2-11	<p>Conjunto de ideas, enunciados o toda información sobre seguridad del paciente con respecto a conceptos e importancia, riesgos de la atención sanitaria, factores de la ocurrencia de eventos adversos, notificación de eventos adversos, y prevención, medición y evaluación de eventos adversos que tienen las enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, que serán recogidos en un cuestionario estructurado y cuyo valor será de muy alto, alto o bueno, regular, bajo y muy bajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy alto ▪ Alto ▪ Regular ▪ Bajo ▪ Muy bajo
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre los riesgos de la atención sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos de la atención sanitaria • Eventos adversos. • Impacto de los eventos adversos. 	3-7-9		
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre los factores que intervienen en la ocurrencia de los eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza de los eventos adversos. • Factores humano, organizacional e infraestructura en eventos adversos. • Error humano. 	4-5-6-10		
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre la notificación de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de notificación de eventos adversos 	12-13-20		
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre la prevención, medición y evaluación de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de eventos adversos: barreras y recomendaciones. • Prevención de eventos adversos • Medición de eventos adversos • Evaluación de eventos adversos 	14-15-16-17-18-19		

Valor final de la Variable	Criterio	Técnica e instrumento de recolección de datos	Procedimiento para la medición	Escala de medición
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy alto ▪ Alto ▪ Regular ▪ Bajo ▪ Muy bajo 	<p>A las respuestas se le asigna la siguiente puntuación:</p> <p>1 = correcta</p> <p>0 = incorrecta</p> <p>Se aplicará la Escala de Kendall</p> <p>Muy alto 18- 20</p> <p>Alto o bueno 14- 17</p> <p>Regular 11 – 13</p> <p>Bajo 6- 10</p> <p>Muy bajo 0 – 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizará como instrumento: un formulario tipo Cuestionario • Técnica será la Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Trámite de la autorización para la ejecución del estudio • Cuestionario será sometido a juicio de expertos • Cuestionario será sometido a prueba piloto en otra población que no es la del hospital. • El cuestionario consta de 20 preguntas de opción múltiple • Se aplicará en una sola oportunidad en aproximadamente 15 - 20 minutos para su desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordinal

3. Ha llevado un curso sobre seguridad del paciente: a).Si () b).No ()

Hace que tiempo: a). 1 año () b). 2 años () c). Más de 3 años ()

Datos específicos:

Encierre en un círculo la letra que señala su respuesta:

1. La seguridad del paciente se define como:
 - a. La correcta provisión de servicios de salud brindados a la comunidad con calidad y calidez.
 - b. La garantía de ausencia de eventos adversos a los pacientes durante la atención de salud.
 - c. “Primero no hacer daño”, brindando atención con responsabilidad y ética sin la intención de hacer daño.
 - d. La ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención de salud.
 - e. La ausencia de maltrato al paciente, quien debe sentirse seguro al ser atendido en un hospital.

2. El daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y no por las condiciones basales del paciente se denomina:
 - a. Incidente.
 - b. Evento adverso.
 - c. Negligencia.
 - d. Malapraxis.
 - e. Error.

3. Señale cual de los siguientes no es un evento adverso:
 - a. La infección intrahospitalaria.
 - b. Las úlceras por decúbito.
 - c. La sobredosificación de vacuna.
 - d. La operación en el sitio equivocado
 - e. El costo excesivo de la atención

4. Entre los factores que intervienen en la producción de los eventos adversos, se considera “el exceso de confianza”, que corresponde al factor relacionado con:
 - a. Paciente.
 - b. Institución.
 - c. Personal de salud
 - d. Comunicación.
 - e. Procedimiento.

5. Una de las siguientes situaciones más frecuentes en el ámbito hospitalario, que afecta la seguridad del paciente es:
- La dotación completa de personal calificado.
 - El medio de transporte con mantenimiento adecuado.
 - La capacidad resolutive de la institución de salud.
 - El Control de las infecciones intrahospitalarias.
 - El mal estado de equipos y deficientes materiales.
6. Se considera que el error humano es:
- Decisivo para que ocurra el evento adverso.
 - Una parte del problema en la seguridad del paciente.
 - La ocurrencia que se da sólo por azar.
 - Producido por el personal asistencial.
 - Producto del uso del lenguaje.
7. Los eventos adversos tienen impacto fundamentalmente en:
- El paciente y el personal técnico.
 - La institución y el personal administrativo.
 - La familia y el personal médico.
 - El paciente y el personal de salud.
 - El personal de salud.
8. En Seguridad del Paciente, más segura es la:
- Barrera administrativa.
 - Barrera natural o biológica.
 - Barrera física.
 - Barrera humana.
 - Barrera del conocimiento.
9. La clave para mejorar la seguridad del paciente, según James Reason, psicólogo británico y padre de los estudios sobre el Error Humano, es:
- Mejorar las condiciones en las cuales trabaja el ser humano.
 - Seleccionar al personal más idóneo para el trabajo asistencial.
 - Mejorar el rendimiento del personal de salud con capacitaciones.
 - Diseñar los mejores equipos para el trabajo en equipo.
 - Identificar y juzgar al responsable que cometió el error.
10. En la naturaleza de los eventos adversos se encuentran las fallas latentes que son definidas como fallas:

- a. cometidas por el personal en forma inadvertida y sin tener conocimiento del mismo.
- b. En el diseño y organización que estaban presentes antes de producirse el accidente.
- c. Ocasionadas por el personal de salud que presta atención directa al paciente.
- d. Graves de rendimiento de las personas que brindan salud al usuario que demanda servicio.
- e. Leves del personal, que pasan inadvertidas, sin causar daño en el paciente y la familia.

11. Cuando existe interpretación incorrecta de la situación del paciente, se producen los errores basados en:

- a. Destrezas.
- b. Reglas.
- c. Conocimientos.
- d. Normas.
- e. Políticas.

12. El objetivo de la notificación de la ocurrencia de evento adverso es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los eventos adversos que se producen, lo que implica:

- a. Análisis y evaluación del “qué”, “cómo” y “por qué” ha ocurrido el evento adverso.
- b. Análisis del caso “qué”, “cómo” y “por qué” del evento adverso y ubicación del culpable para sancionarlo.
- c. Guardar la reserva de la ocurrencia del evento adverso, evitando que el paciente se dé por enterado.
- d. Capacitar al personal comprometido, a fin de que no cometa el error nuevamente.
- e. Capacitar a los directivos proporcionando información sobre la mejora de la seguridad.

13. No es característica de un sistema de reporte de eventos adversos:

- a. Ser confidencial.
- b. Tener credibilidad
- c. Ser oportuno.
- d. Ser punitivo
- e. Tener claridad.

14. En la evaluación de la seguridad del paciente, señale cual de ellos no es criterio de medición:

- a. Identificación del paciente.
- b. Comunicación clara.

- c. Evitar infecciones nosocomiales.
- d. Evitar caída del paciente.
- e. Notificación inmediata del evento adverso.

15. Para la seguridad del paciente, los medicamentos bloqueadores neuromusculares se almacenan por separado de los otros medicamentos:

- a. A temperatura ambiente y en lugar accesible para ser usado por personal con experiencia.
- b. Debidamente etiquetados y solo deben ser usados en presencia médica.
- c. Guardarse bajo llave y sólo ser usados en una unidad de trauma shock
- d. No es necesario etiquetarlos, ya que son conocidos por el personal del servicio.
- e. Con etiqueta que advierta que son agentes paralizantes y se usan con ventilación mecánica.

16. En la política de organización sobre seguridad del paciente, una acción importante de prevención es, involucrar a:

- a. Los pacientes y sus familiares orientándoles sobre posibles riesgos de la atención de salud.
- b. Todo el equipo de salud y vigilantes debidamente entrenados en transporte de pacientes.
- c. Los familiares y personal técnico de enfermería capacitado en seguridad del paciente.
- d. Sólo a las enfermeras sin contar con el apoyo de familiares ya que es nuestra responsabilidad.
- e. Los directivos de la institución y al equipo de salud comprometido en seguridad del paciente.

17. En la gestión de calidad, los profesionales de la salud para lograr la seguridad del paciente deben:

- a. Preocuparse sólo en brindar atención de calidad para evitar riesgos en el paciente.
- b. Participar activamente en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados en la práctica.
- c. Evitar comunicar de los posibles riesgos al paciente y familiares para evitar alterarlos.
- d. Asegurarse de mantener buena comunicación entre profesionales sin tomar en cuenta al paciente.
- e. Evaluar periódicamente el libro de quejas y sugerencias del usuario externo.

18. En el sistema preventivo de seguridad del paciente la primera estrategia es la:

- a. Atención rápida al paciente más delicado.
- b. Aplicación de medicamentos usando los cinco pasos correctos.
- c. Atención de los pacientes respetando el orden de llegada.
- d. Identificación correcta del paciente.
- e. Cateterización rápida para asegurar buen acceso venoso.

19. La gestión del riesgo clínico se basa en:

- a. Que los problemas de seguridad se producen como consecuencia de múltiples causas entre ellos el error humano y no del sistema.
- b. Los problemas de comunicación, que siendo algo tan simple y complicado a la vez, es imposible de controlar.
- c. La identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario tras el tratamiento médico y la administración de cuidados.
- d. Gran medida en factores contribuyentes relacionados sólo con el sistema y no el error humano.
- e. La administración de medicamentos y cuidados tratando de mejorar la seguridad del paciente, evitando complicaciones.

20. La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para:

- a. Aprender de los errores y evitar su recurrencia en el contexto de la mejora continua.
- b. Cumplir la función de orientar y garantizar la responsabilidad social de denunciar un error
- c. Registrar todos los eventos adversos en forma voluntaria, para ser publicados y sancionar al responsable.
- d. Crear la confianza de los profesionales, hacia los sistemas de notificación, garantizando la publicación de los datos.
- e. Tener una base de datos para hacer investigación, corregir errores y encaminarnos hacia la calidad.

Muchas gracias por su valiosa participación.

ANEXO “C”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Conocimientos sobre seguridad del paciente en enfermeras del hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2017”

Investigador: Lic. María Fernández Arias.

La Lic. Fernández es una enfermera profesional que estudia los conocimientos que tienen las enfermeras sobre la seguridad del paciente (**propósito de la investigación**). A pesar de que el estudio no les beneficiará directamente a ustedes, si ofrecerá información que puede permitir a la jefatura de enfermería identificar las necesidades de capacitación en seguridad del paciente y la implementación de estrategias para prevenir los efectos adversos en el cuidado de enfermería (**beneficios potenciales**).

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las autoridades correspondientes de la Universidad y del Hospital (**consentimiento oficial (IRB)**). El procedimiento de estudio implica que no habrá daños para usted (**riesgos potenciales**). El procedimiento incluye: responder un cuestionario, (**explicación del procedimiento**). La participación en el estudio va a ocuparles aproximadamente 15 minutos (**compromiso temporal**). Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a la Lic. Fernández, llamando al teléfono 943670469 (particular) (**posibilidad de contestar cualquier duda**).

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar (**consentimiento informado**). Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera y no se afectará en absoluto (**posibilidad de abandonar el estudio**).

La información del estudio no se relacionará con usted, porque su participación es de carácter anónimo. Toda la información del estudio será recopilada por la Lic. Fernández, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso (**garantía de anonimato y confidencialidad**).

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

.....

Firma del participante

Fecha

He explicado el estudio a la persona arriba representada y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

.....

Firma del investigador

.....

Fecha

ANEXO “D”
PRUEBA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
 TABLA DE CONCORDANCIA
 PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	N° de juez										P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.011
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.011
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
4	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0.055
5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.011
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.011
7	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0.055

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Si $P > 0.05$ la concordancia no es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 2 (NO)

ANEXO "E"

EDAD DE LOS ENFERMEROS PARTICIPANTES

EDAD	Valor (años)
Valor máximo	61
Valor mínimo	25
Media	43.58
Mediana	48
Moda	50
D.S.	10.63

ANEXO "F"

SEXO DE LOS ENFERMEROS PARTICIPANTES

SEXO	% (n)
Masculino	9.1 (7)
Femenino	90.9 (70)
Total	100.0 (77)

ANEXO "G"

CARACTERÍSTICAS DE ESPECIALIDAD Y ASISTENCIA A CURSOS RELACIONADOS AL TEMA INVESTIGADO

Especialista	% (n)
SI	46.8 (36)
NO	53.2 (41)
Asistencia a curso	% (n)
SI	32.5 (25)
NO	67.5 (52)
TOTAL	100.0 (77)
Tiempo del curso	% (n)
1 año	24.0 (6)
2 años	20.0 (5)
3 años	56.0 (14)
TOTAL	100.0 (25)

ANEXO "H"

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE AREAS CRITICAS Y NO CRITICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON CHIMBOTE- PERU 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ENFERMERAS					
	AREA CRITICA		AREA NO CRITICA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MUY BAJO	1	2.8	1	2.4	2	2.6
BAJO	14	38.8	30	73.2	44	57.1
REGULAR	19	52.8	10	24.4	29	37.7
ALTO O BUENO	2	5.6	0	0	2	2.6
MUY ALTO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	36	100	41	100	77	100.0

ANEXO "I"

DESCRIPTORES DE LAS CALIFICACIONES DE LA PRUEBA O CUESTIONARIO

NOTA Descriptor	-	Valor Vigesimal
Valor máximo		14
Valor mínimo		4
Media		9.77
Mediana		10
Moda		11
D.S.		2.11

ANEXO "J"

DESCRIPCIÓN PORMENORIZADA DE LAS CALIFICACIONES DE LA PRUEBA O CUESTIONARIO

Puntaje	% (n)
4P	1.3 (1)
5P	1.3 (1)
6P	5.2 (4)
7P	6.5 (5)
8P	10.4 (8)
9P	19.5 (15)
10P	15.6 (12)
11P	20.8 (16)
12P	10.4 (8)
13P	6.5 (5)
14P	2.5 (2)
Total	100.0 (77)

ANEXO "K"

DESCRIPCIÓN DE LAS CALIFICACIONES DE LA PRUEBA O CUESTIONARIO SEGÚN EL NIVEL O DENOMINACIÓN ALCANZADA

PUNTUACIÓN	DENOMINACIÓN	% (n)
0 a 5 puntos	Muy Bajo	2.3 (2)
6 a 10 puntos	Bajo	57.1 (44)
11 a 13 puntos	Regular	37.7 (29)
14 a 17 puntos	Alto o Bueno	2.3 (2)
18 a 20 puntos	Muy Alto	0 (0)
TOTAL		100.0 (77)
APROBADOS		40.3 (31)
DESAPROBADOS		59.7 (46)
TOTAL		100.0 (77)

ANEXO "L"

DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS POR PREGUNTA DE LA PRUEBA O CUESTIONARIO

Prueba ITEM	RESPUESTA (%)	
	Correcta	Incorrecta
P1	64.9	35.1
P2	44.2	55.8
P3	23.4	76.6
P4	35.1	64.9
P5	24.5	75.5
P6	70.1	29.9
P7	6.5	93.5
P8	87.0	13.0
P9	71.4	28.6
P10	79.2	20.8
P11	35.1	64.9
P12	38.9	61.1
P13	35.1	64.9
P14	87.0	13.0
P15	58.4	41.6
P16	70.1	29.9
P17	20.9	79.1
P18	54.6	45.4
P19	36.4	63.6
P20	80.5	19.5

ANEXO "M"

RELACIÓN DEL RESULTADO DE LA PRUEBA O CUESTIONARIO CON LA ESPECIALIDAD

Prueba % (n)	ESPECIALIDAD		TOTAL
	SI	NO	% (n)
Aprobado	47.5 (17)	34.1 (14)	40.3 (31)
Desaprobado	52.8 (19)	65.9 (27)	59.78 (46)
TOTAL	100.0 (36)	100.0 (41)	100.0 (77)

$X^2 = 3.5$, $p = 0.06$; no significativo

ANEXO "N"

RELACIÓN DEL RESULTADO DE LA PRUEBA O CUESTIONARIO CON LA ASISTENCIA A CURSOS RELACIONADOS

Prueba % (n)	CURSO		TOTAL
	SI	NO	% (n)
Aprobado	52.2 (13)	34.6 (18)	40.3 (31)
Desaprobado	48.0 (12)	65.4 (34)	59.7 (46)
TOTAL	100.0 (25)	100.0 (52)	100.0 (77)

$X^2 = 6.32$, $p = 0.012$; significativo