



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

**SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCIÓN
DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE
QUITO, DE JULIO A DICIEMBRE 2014**

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN EMERGENCIAS
MÉDICAS

AUTORA:

LCDA. NORMA ZULA MAJÍN

TUTORA:

LCDA. ISABEL HERNÁNDEZ

AÑO 2015

GUAYAQUIL – ECUADOR

Guayaquil, Enero 15 del 2015

PARA: Dr. Raúl Intriago López
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil

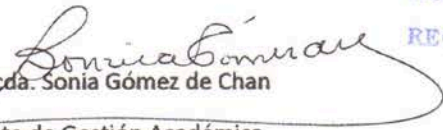
DE: Licda. Sonia Gómez de Chan
Docente de Gestión Académica
Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil

ENERO 16 2015
INFORMAR A
INTERESADO
R. Intriago

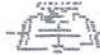
ASUNTO: Con fecha 10 de Septiembre del 2014 se me solicita la revisión de la tesis titulada "SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE QUITO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014" de la egresada de la Maestría de Emergencias Médicas Lcda. Norma Cecilia Zula Majín.

RESULTADO: Revisada y leída la tesis de la egresada de la Maestría de Emergencias Médicas Lcda. Norma Cecilia Zula Majín cuyo título es "SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE QUITO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014", queda aprobada y continua con su proceso de Titulación.

Atentamente


DE: Licda. Sonia Gómez de Chan
Docente de Gestión Académica
Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
FECHA: 15/01/2015
HORA: 15h53
RECIBIDO POR: Daniela



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-289086
Guayaquil - Ecuador

OIEG#248- PROY

Noviembre 06 de 2014

Licenciada
Norma Zula Majin
MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE QUITO DE JULIO - DICIEMBRE DEL 2014".

Tutor: Leda. Isabel Hernández Guerrón, MPH.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 29 de octubre del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del BORRADOR FINAL.

Revisor: Leda. Sonia Gómez de Chan, MSc.

Atentamente,

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Daniela Ibarra R.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Quito, 15 de Enero del 2015.

Señor Doctor
Raúl Intriago López.
DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS
Presente.-

De mi consideración

Por medio de la presente, certifico que he revisado y estoy de acuerdo con la Tesis titulada:
"SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE QUITO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.",
presentado por la estudiante Lcda. Norma Cecilia Zula M.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

Lcda. Isabel Hernández Guerrón
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
DOCENTE FACULTAD DE ENFERMERÍA PUCE.
Telf.: (593) 0203200619
Cel. (593) 0993396937
Mail: mihernandez@puce.edu.ec





Quito 1 de Agosto 2014

Lic. Norma Cecilia Zula Majin

Presente.

Estimada Licenciada,

Por el presente la Dirección de Docencia del Hospital de Los Valles autoriza la realización del estudio: "SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE QUITO DE JUIO A DICIEMBRE DEL 2014" recomendamos asegurar que se sigan las regulaciones bioéticas de estudios en salud, esto es confidencialidad en el manejo de la información, con éste fin solicito que los diferentes instrumentos de investigación sean aprobados por ésta dirección.

Muy Atentamente,



Dr. Iván Palacios León.

Jefe de Docencia

HDLV



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

**SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCIÓN
DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE
QUITO, DE JULIO A DICIEMBRE 2014**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN
EMERGENCIAS MÉDICAS**

AUTORA:

LCDA. NORMA ZULA MAJÍN

TUTORA:

LCDA. ISABEL HERNÁNDEZ

AÑO 2015

GUAYAQUIL – ECUADOR

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicado a DIOS, por darme la vida a través de mis PADRES quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona con valores para poder desenvolverme como: ESPOSA, MADRE Y PROFESIONAL.

A mi ESPOSO, que ha estado a mi lado demostrándome cariño, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante para cumplir una etapa más en mi vida.

A mi HIJO, que es el motivo y la razón para seguir superándome día a día, y alcanzar mis más apreciados ideales de superación, y en los momentos más difíciles me demostró su amor para poderlos superar, quiero también dejar a él una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo LOGRAR.

Norma

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar primeramente agradeciendo a Dios por bendecirme y culminar este trabajo de tesis con éxito, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL por darme la oportunidad de estudiar y obtener una Maestría.

A mi Tutora de tesis, Lcda. Isabel Hernández por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia.

También me gustaría agradecer a mi revisora asignada por la Universidad Lcda. Sonia Gómez de Chan MSc. Por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su comprensión.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que quisiera agradecer su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Norma

RESUMEN

Los servicios de emergencias de los hospitales son áreas asistenciales donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos que afectan grandemente la seguridad de los pacientes. El objetivo de este trabajo fue establecer la línea de base de la cultura de seguridad de la atención al paciente por el personal de enfermería en la Unidad de emergencias del Hospital de los Valles, se aplicaron 20 encuestas del cuestionario desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos. Este cuestionario mide las creencias y actitudes del personal encuestado a través de 12 dimensiones que son: frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de los directivos de emergencias que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en el servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades y, problemas de cambios de turno y transiciones entre servicios. Por las características del estudio, se realizó un diseño cuantitativo con variables cualitativas, prospectivo, observacional y transversal. Los resultados se analizaron en el programa Excel y en el estadístico SPSS v18. Se calcularon valores descriptivos de tendencia central, de variabilidad y posición; frecuencias y gráfico de Pareto. Los valores fueron calculados con su respectivo intervalo de confianza al 95%. Del análisis del resultado se encuentran dos fortalezas importantes que superaron el 75% de respuestas positivas en preguntas positivas; la una corresponde a la dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua”, y existe en esta dimensión un ítem cuyas respuestas positivas fueron del 95%, que es: “cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir”; y la otra se relaciona con “el trabajo en equipo en la unidad de emergencia” el cual obtuvo el 82,5% de respuestas positivas. Concluimos diciendo que existen fortalezas y debilidades en el personal de enfermería por eso es necesario el plan de mejora continua.

PALABRAS CLAVE: Cultura de seguridad de pacientes, eventos adversos, cuidados de enfermería: nanda, nic, noc.

ABSTRACT

Emergency services in hospitals are caring areas where there is a high risk of incidents and adverse events that greatly affect patient safety. The aim of this study was to establish the baseline of the safety culture of patient care by nurses in the Emergency Unit of the Hospital de los Valles, 20 surveys questionnaire developed by the Agency for Healthcare Research were applied and Quality (AHRQ) US. This questionnaire measures the beliefs and attitudes of staff surveyed across 12 dimensions: frequency of reported events, perceived safety, expectations and actions of emergency managers favoring safety, organizational learning / continuous improvement, teamwork service, openness in communication, feedback and communication errors, not punitive response to errors, staffing, management support of hospital patient safety, teamwork between units and problems changes Time and transitions between services. The characteristics of the study, a quantitative design with qualitative, prospective, observational, cross variables was performed. The results were analyzed in Excel and statistical SPSS v18. Descriptive values of central tendency, variability and position are calculated; frequencies and Pareto chart. The values were calculated with their respective confidence interval at 95%. An analysis of the result are two important strengths that exceeded 75% positive responses in positive questions; one corresponds to the dimension "organizational learning / continuous improvement", and exists in this dimension an item whose positive responses were 95%, which is: "when a fault is detected, measures are implemented to prevent recurrence "; and the other is related to "teamwork in the emergency unit" which garnered 82.5% of positive responses. We conclude that there are strengths and weaknesses in the nurses why the improvement plan is necessary.

KEYWORDS: Culture of patient safety, adverse events, nursing care: nanda, nic, noc

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN	XIV
CAPÍTULO I.....	1
1. Planteamiento del problema	1
1.1. Enunciado del problema	1
1.2. Preguntas de Investigación.....	2
1.3. Justificación.....	2
1.4. Objetivos	4
1.4.1. Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	4
CAPITULO II	6
2.1. Marco teórico	6
2. 1. 1. Seguridad del paciente	6

2. 1. 2. Cultura de seguridad en los servicios de salud.....	8
2. 1. 3. Derechos del paciente y el Buen Vivir.....	11
2. 1. 4. Enfermería y cuidado	13
2. 1. 5. Modelo de evaluación de la cultura de seguridad del paciente	19
2. 2. Hipótesis.....	24
2.3. Variables	24
2. 3. 1. Independiente	24
2. 3. 2. Dependientes	24
CAPITULO III.....	26
3. Diseño Metodológico	26
3. 1. Tipo de estudio.....	26
3. 2. Universo y muestra	26
3. 3. Métodos y Técnicas.....	26
3. 4. Criterios de inclusión y exclusión.....	28
3. 5. Recolección de datos.....	28
3. 6. Procesamiento de datos	29
3. 7. Aspectos ético-legales.....	29

CAPITULO IV	30
4. 1. Resultados	30
4.2. Discusión.....	81
4. 3. Conclusiones	84
4. 4. Recomendaciones.....	86
CAPÍTULO V	88
5.1 Introducción del Plan de Mejoras	88
5.2. Objetivos	88
5.2.1. Objetivo general	88
5.2.2. Objetivos Específicos.....	88
5.3. Conclusiones	93
5.4. Recomendaciones.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXO 1: GLOSARIO	98
ANEXO 2: Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente	101

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N° 1: Sexo del personal de enfermería y auxiliares del servicio de emergencia	30
Tabla y Gráfico N° 2: Edad del personal de enfermería y auxiliares del servicio de emergencia	31
Tabla y Gráfico N° 3: Años de trabajo en el hospital	32
Tabla y Gráfico N° 4: Años de trabajo en el servicio de emergencias del hospital	33
Tabla y Gráfico N° 5: Horas de trabajo a la semana en el servicio de emergencias del hospital	34
Tabla y Gráfico N° 6: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	36
Tabla y Gráfico N° 7: Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	37
Tabla y Gráfico N° 8: Cuando se comete un error que puede dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	38
Tabla y Gráfico N° 9: Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad	39
Tabla y Gráfico N° 10: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	40
Tabla y Gráfico N° 11: En esta unidad hay problemas con la seguridad de los pacientes.....	41

Tabla y Gráfico N° 12: Los procedimientos y sistemas realizados en esta unidad son efectivos para la prevención de errores	42
Tabla y Gráfico N° 13: Las autoridades de la unidad hacen comentarios favorables cuando ven un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	44
Tabla y Gráfico N° 14: Las autoridades de la unidad consideran seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.....	45
Tabla y Gráfico N° 15: Cuando la presión del trabajo aumenta, las autoridades de la unidad obligan que se trabaje más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.....	46
Tabla y Gráfico N° 16: Las autoridades de la unidad no hacen caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan frecuentemente.....	47
Tabla y Gráfico N° 17: Se tiene actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	48
Tabla y Gráfico N° 18: Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir	49
Tabla y Gráfico N° 19: Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad	50
Tabla y Gráfico N° 20: El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad	51
Tabla y Gráfico N° 21: Cuando hay mucho trabajo, se lo hace en equipo para terminarlo	52
Tabla y Gráfico N° 22: En esta unidad, el personal se trata con respeto	53

Tabla y Gráfico N° 23: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.....	54
Tabla y Gráfico N° 24: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.....	55
Tabla y Gráfico N° 25: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.....	56
Tabla y Gráfico N° 26: El personal tiene miedo de preguntar cuando algo aparentemente no está bien	57
Tabla y Gráfico N° 27: Se informa al personal de la unidad sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado	58
Tabla y Gráfico N° 28: Se informa al personal de la unidad sobre los errores que se cometen en esta unidad	59
Tabla y Gráfico N° 29: En esta unidad se discute la forma de prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	60
Tabla y Gráfico N° 30: El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.....	61
Tabla y Gráfico N° 31: Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema	62
Tabla y Gráfico N° 32: Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes	63
Tabla y Gráfico N° 33: Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	64

Tabla y Gráfico N° 34: En esta unidad se trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.....	65
Tabla y Gráfico N° 35: Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.....	66
Tabla y Gráfico N° 36: Frecuentemente se trabaja bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente	67
Tabla y Gráfico N° 37: La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	68
Tabla y Gráfico N° 38: Las acciones de la Dirección del Hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	69
Tabla y Gráfico N° 39: La Dirección del Hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.....	70
Tabla y Gráfico N° 40: Esta unidad no coordina bien con las otras unidades del hospital	72
Tabla y Gráfico N° 41: Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas	73
Tabla y Gráfico N° 42: En esta unidad, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios	74
Tabla y Gráfico N° 43: Los servicios de este Hospital traban coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	75
Tabla y Gráfico N° 44: La información de los pacientes, se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	76

Tabla y Gráfico N° 45: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.....	77
Tabla y Gráfico N° 46: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital.....	78
Tabla y Gráfico N° 47: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este Hospital	79
Tabla y Gráfico N° 48: Gráfico de Pareto de las Dimensiones De La Cultura De Seguridad Del Paciente	80

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América publica el libro “*Errar es Humano*”, el cual tuvo un gran impacto, pues dimensionó el efecto de los errores en los procesos de atención en salud, como producto de dos grandes estudios realizados en Colorado y Utha por una parte y el otro en Nueva York, en los cuales, entre otros aspectos se pudo observar que el comportamiento de los eventos adversos ocurridos fue de 2,9% y 3,7% de las hospitalizaciones, respectivamente. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000)

En los hospitales de Colorado y Utha, el 6,6% de los eventos adversos terminaron en muerte, en comparación con el 13,6% en los hospitales de Nueva York. En ambos estudios la mitad de los eventos adversos fueron el resultado de errores médicos que pudieron ser prevenidos. Este estudio concluye que cada año mueren aproximadamente entre 44.000 y 98.000 personas en Estados Unidos de Norteamérica por errores atribuibles a los errores médicos. (Kohn et al., 2000)

Los resultados de este estudio condujeron para que en la 55 Asamblea Mundial de la Salud realizada en el año 2002, se establezcan lineamientos para establecer una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, entre los que se encuentra el fomento de la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (OMS, 2008)

Los servicios de emergencia, debido a sus particulares características constituyen los sitios en donde se pueden producir con mayor frecuencia los eventos adversos para los pacientes, ya que las condiciones desfavorables de trabajo como la presión asistencial, la falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuada de los pacientes, los turnos y guardias en condiciones adversas, errores de comunicación entre profesionales, las características propias de los pacientes, la medicación, entre otras, configuran una gama de factores de riesgo para ello. (Bañeres, 2010)

El profesional de enfermería juega un rol muy importante ya que su actividad específica se refiere justamente al cuidado del paciente y este cuidado implica evitar eventos adversos que puedan exponer al paciente a mayores daños que los que ya está teniendo por su deterioro de la salud. La atención de enfermería debe aplicar un método que se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), fundamentado científicamente, y que constituye un conjunto de pautas organizadas de actuación que se dirigen a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo. Si acaso este estado ha sido alterado, entonces la actuación de enfermería se orienta a promover todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. (Téllez Ortiz & García Flores, 2012)

El tema de la calidad de atención se vuelve indispensable sobre todo en un área en donde se producen más eventos adversos, que en muchas ocasiones no son reportados por temor a acciones punitivas que los directivos de las unidades de salud puedan tomar en contra de ellos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países en vías de desarrollo el 77% de los eventos adversos en un hospital corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, al mal estado de infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente. (OMS, 2008).

La investigación de la cultura de seguridad en la atención de salud, y específicamente relacionada con el cuidado de enfermería es un aspecto prioritario para conocer el estado de la situación en las unidades de salud y particularmente en las salas de emergencia, que por sus características, conlleva un mayor riesgo para los pacientes.

En este sentido se han comenzado en el mundo investigaciones que permiten poner en evidencia la magnitud del problema con el objetivo de corregir las deficiencias que se presentan. En el año 2008 la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en conjunto con el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno de España, publican los resultados de un estudio denominado: “*Análisis*

de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español” en el cual se aplicó una herramienta válida y fiable, que fue adaptada desde la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, y que puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. (Saturno & Terol-García, 2008) Esta herramienta servirá de base también en el presente estudio que tiene como propósito medir y caracterizar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería que labora en la sala de emergencia del Hospital de los Valles.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

Los servicios de emergencias son, en la mayoría de las ocasiones, la puerta de entrada al sistema sanitario. Constituyen, a la vez, un servicio receptor de pacientes y un servicio proveedor de los mismos a otros niveles asistenciales, ya que desde aquí, los pacientes son ingresados o derivados.

La incidencia y/o prevalencia de eventos adversos en los servicios de emergencia no está determinada. La mayoría de los estudios se han realizado sobre pacientes hospitalizados que fueron atendidos previamente en servicios de urgencias, pero, se debe tener en cuenta que sólo entre el 6% y el 10% de los pacientes que acuden a estos servicios son finalmente hospitalizados, se desconoce la ocurrencia de efectos adversos en el alto porcentaje de pacientes que no son ingresados, que son la gran mayoría de las atenciones emergentes que se practican. (Tomás & Gimena, 2010).

Sin embargo conocer solamente la magnitud del problema no es suficiente para poder establecer estrategias que logren mitigar su incidencia, por ello una de las formas de corregir las debilidades que presente un sistema de emergencias en relaciona eventos adversos es conocer la cultura de seguridad para el paciente existente en las instituciones de salud y particularmente en las salas de emergencias del Hospital de los valles. Es necesario emprender con la construcción de una línea de base de seguridad del paciente que permita una retroalimentación permanente para mejorar la calidad de atención.

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la seguridad de los pacientes durante la atención de enfermería en el servicio de emergencias en el Hospital de los Valles?

1.2. Preguntas de Investigación

¿Es posible establecer línea de base de la cultura de seguridad de la atención al paciente por el personal de enfermería en la sala de emergencias del Hospital de los Valles?

¿Cuál es la línea de base de la cultura de seguridad de la atención al paciente por el personal de enfermería en la sala de emergencias del Hospital de los Valles?

1.3. Justificación

Mejorar la calidad de vida de la población es uno de los objetivos del Plan Nacional del Buen vivir, y como política se encuentra el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. (SENPLADES., 2013)

En el año 2012 según se reporta en el Anuario de Recursos y Actividades de Salud el sistema nacional de salud atendió 35'052.138 de consultas de las cuales el 25,74% correspondieron a las realizadas en los servicios de emergencia, y solo el 6,04% fueron causa de hospitalización. (INEC, 2012)

Según investigaciones realizadas en los Estados Unidos de Norteamérica del análisis de 459 eventos adversos que se encontró que pudieron ser evitados, los autores estiman que el costo nacional por eventos adversos son \$37.6 billones y de los eventos previsibles son \$17 billones. El total de costos nacionales asociados a los eventos adversos fueron aproximadamente 4% de los gastos nacionales en salud en 1996. En 1992, los costos directos e indirectos de los eventos adversos fueron un poco mayores a los costos directos e indirectos de cuidar personas con SIDA. (Kohn et al., 2000)

Según la Organización Mundial de la Salud, la carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad es muy grande.

La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. (OMS, 2008)

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de la calidad y la prevención de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud; por lo tanto, la seguridad de los pacientes es un compromiso de todos para un cuidado de calidad y se constituye en una prioridad en la gestión. De ahí la importancia de reflexionar sobre el impacto que tienen los eventos adversos, en relación a la seguridad del paciente.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir en lo posible la aparición de eventos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, a través de planes de mejora que se realicen con un seguimiento adecuado, para mejorar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada por la OMS como la primera de las buenas prácticas o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. (Ibarra-Cerón, Olvera-Sumano, & Santacruz-Varela, 2011).

En la práctica de enfermería, el concepto sobre cultura de seguridad del paciente está implícito en el acto de cuidado porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado. Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que las leyes

de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan tratamientos con resultados. (Gómez-Ramírez et al., 2011).

Aun así, las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de implementación pues el término seguridad del paciente, aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas.

Por tanto es necesario emprender con una investigación sobre el estado del arte de la cultura de la seguridad del paciente en los profesionales de la salud y principalmente de enfermería en un servicio de emergencias, que constituye el motivo de esta investigación.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Establecer una línea base sobre cultura de seguridad en atención al paciente por parte del personal de enfermería en la sala de emergencias del Hospital de los Valles Quito, en el periodo agosto, diciembre 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Adecuar la encuesta elaborada y validada por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente, al medio correspondiente.
- Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales de enfermería que labora en el servicio de emergencia del Hospital de los Valles.

- Identificar las causas de insatisfacción de seguridad de los pacientes atendidos por el personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de los Valles Quito.
- Desarrollar un plan de mejoras para el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Valle.

CAPITULO II

2.1. Marco teórico

2. 1. 1. Seguridad del paciente

La seguridad clínica o los riesgos a los que se someten los pacientes en función de su relación con los servicios de salud han sido mencionados con mucha frecuencia en el desarrollo de las ciencias sanitarias. El aforismo hipocrático *Primum non Nocere*, es un claro referente de la preocupación de los profesionales por este tema desde la antigüedad.

Se pueden encontrar estudios sobre seguridad en todas las épocas y sobre todo a partir de los trabajos de Codman en 1911. En ellos se utiliza el concepto de iatrogenia (aquel resultado no esperado por la evolución natural de la enfermedad). (Téllez Ortiz & García Flores, 2012) Varios estudios coinciden en que es en el servicio de urgencias donde se da el porcentaje más alto de acontecimientos adversos negligentes (52,6%). En España, el estudio más importante hasta la fecha sobre EA en atención primaria es el estudio APEAS donde se establece una prevalencia de EA del 18,6%, el 48% de ellos relacionados con la medicación, el 25,7% con los cuidados, el 24,6% con la comunicación, el 13,1% con el diagnóstico, el 8,9% con la gestión y un 14,4% se debieron a otras causas. (Orellana-Carrasco et al., 2009).

El aspecto más importante para evitar errores es tomar conciencia de los peligros inherentes al acto asistencial, especialmente para determinados grupos de edad o de situaciones físicas o psíquicas y en algunas unidades asistenciales. Ciertas unidades, como las de pacientes críticos, son más propicias a errores por la multitud de fármacos y procedimientos, así como por la imposibilidad de participación de los pacientes por su estado inconsciente.

Para explorar el concepto de evento o error adverso, se debe diferenciar de otros términos similares relacionados, pero que no implican el mismo sentido. Así, se

puede hablar de un incidente como algo no predecible ni evitable pero, generalmente, sin consecuencias serias para el paciente aunque a veces puede acabar en un evento adverso. También se puede hablar del accidente como algo no predecible ni evitable pero con consecuencias para el paciente. Cuando se habla de error o evento adverso se refiere a unas circunstancias predecibles y evitables que han ocasionado unas consecuencias para el paciente. El concepto de error o evento adverso implica daño, lesión no intencionada o complicación que resulta en discapacidad al momento de la asistencia, muerte o prolongación del proceso, el cual es más atribuible a la atención sanitaria que al proceso patológico subyacente. Incluye actos de omisión (fallos en el diagnóstico o tratamiento), actos de comisión (incorrecto tratamiento o atención) y derivados de fallos materiales u organizativos. (Suñol & Bañeres, 2003).

Estudios realizados en diferentes países muestran una tasa de eventos adversos entre un 4% y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50% son considerados como evitables en función del tipo de estudio. En España, un estudio denominado ENEAS cifró la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en un 9,3% (IC95%: 8,6%-10,1%) de los pacientes hospitalizados, mientras que otro estudio llamado APEAS mostró que la prevalencia de sucesos adversos fue del 18,6‰ consultas, lo que afectaría a una media de 7 de cada 100 pacientes al año. (Tomás, Chanovas, Roqueta, Alcaraz, & Toranzo, 2010).

Los servicios de emergencias son un elemento esencial del sistema sanitario no exento de un alto riesgo de eventos adversos. Los diferentes modelos organizativos junto con las características intrínsecas de la atención urgente se han involucrado con ese riesgo. Sin embargo, la incidencia y/o prevalencia de los eventos adversos en los servicios de emergencias no está bien determinada, porque las aproximaciones realizadas tropiezan con diversos sesgos: la mayoría de los estudios se han realizado en pacientes hospitalizados que fueron atendidos previamente en emergencias, lo cual refleja solamente el 10-20% de las visitas en estos servicios, ya que omiten el 80-90% restante de pacientes que son dados de

alta a domicilio; suelen ser estudios retrospectivos, a través de la revisión de los informes asistenciales, por lo que dado que la capacidad de registro de los eventos adversos acontecidos es muy baja se omite todo aquello que no ha sido registrado y existen sesgos metodológicos, al ser diseñados para otros enfoques (por ejemplo, hospitalización) que implican una difícil aplicación de sus resultados en la práctica asistencial de los servicios de emergencias. (Tomás, Chánovas, Roqueta, & Toranzo, 2012).

2. 1. 2. Cultura de seguridad en los servicios de salud

No existe por el momento una definición única o exacta de cultura de seguridad, pero la literatura existente sobre el tema, señala de manera recurrente que algo que se percibe como una constante en las organizaciones con cultura de seguridad eficaz, es que la seguridad es percibida por todos como una prioridad de primer nivel y tal percepción permea a todo lo largo y ancho de la organización. (Tomás & Gimena, 2010) De manera específica, los componentes que se han identificado como comunes en las organizaciones con cultura de seguridad eficaz, son los siguientes cuatro: (Cooper Ph.D, 2000).

- a) El reconocimiento de los trabajadores de que existen riesgos en las actividades de su organización,
- b) La percepción de un ambiente libre de culpa, donde los individuos pueden reportar errores sin temor a ser castigados,
- c) La expectativa de encontrar colaboración en su organización para solucionar las situaciones vulnerables y
- d) La voluntad de parte de la organización para destinar recursos dirigidos a los asuntos relacionados con la seguridad

La cultura de seguridad es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños.

Las organizaciones con cultura positiva de seguridad, se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. (Barbosa-Ramírez, Cárdenas-Clavijo, García-Castillo, More-Paz, & Muñoz-Ortega, 2008) La seguridad solo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango.

Lograr una óptima cultura de seguridad del paciente lleva su tiempo y la organización debe estar consciente de las etapas por las que atraviesa ese proceso. El análisis sobre el desarrollo de la cultura de seguridad en las organizaciones, muestra que estas progresan desde un ambiente poco deseable o patológico, hasta un ambiente óptimo o generador. Las etapas o niveles del desarrollo cultural son los siguientes: (Varela-Santacruz & Rodríguez-Suárez, 2011).

I. Patológico: La seguridad se ve como un problema, se restringe la información y prevalece la culpabilidad hacia los individuos.

II. Reactivo: La seguridad es considerada como importante, pero solo se responde cuando ha ocurrido un daño importante.

III. Calculador: Se tiende a enfatizar lo normativo y cuando ocurre un incidente, se procura resolver y explicarlo sin un análisis e investigación cuidadosa.

IV. Proactivo: Las organizaciones realizan medidas preventivas de seguridad e involucran a todos los involucrados.

V. Generador: Se busca activamente información para determinar y comprender el grado de seguridad e inseguridad de la organización.

Por tanto la cultura de seguridad puede definirse como *“el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños”*. (OMS, 2008) Las organizaciones con cultura

positiva de seguridad, se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango.

Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. (Gómez-Ramírez et al., 2011)

En el campo de la salud, uno de los primeros en reconocer la importancia de la cultura de la seguridad fue el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, quien refiere que entre los mayores retos para conseguir sistemas de salud seguros, es reemplazar la cultura de culpar a los individuos por los errores, por otra en la que estos sean vistos como oportunidades para aprender, prevenir los daños y mejorar el sistema de atención. (Kohn et al., 2000) En contraste con la “cultura patológica de seguridad”, en que las fallas son punibles, se ocultan y no se reconocen los problemas, una “cultura positiva de seguridad” reconoce la inevitabilidad absoluta de fallas y busca activamente identificar las amenazas o riesgos latentes.

En el 2003 el informe del National Quality Forum de los Estados Unidos, señalaba que la primera de las buenas prácticas para mejorar la seguridad del paciente, es el desarrollo de una adecuada cultura sobre seguridad del paciente. Una actualización sobre dicho informe publicada en el 2004, agrega además que, la medición de la cultura de seguridad, el feed-back de los resultados y la definición de intervenciones, son elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación. (Devers, Pham, & Liu, 2004).

En el mismo año, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente publicó el documento titulado “*seven steps to patient safety*”, una guía de buenas prácticas con la intención de ofrecer a las organizaciones del Sistema Nacional de Salud

Inglés, orientación práctica y apoyo para mejorar la seguridad del paciente. En dicha guía se establecen siete acciones necesarias para desarrollar la seguridad del paciente en un sistema de salud. La primera de esas acciones se refiere a la construcción de una cultura de seguridad, la cual considera que la creación de una cultura abierta y justa, es fundamental para lograr la seguridad de los pacientes. (NHS, 2004).

En dicho documento se cita textualmente que “una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado. El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el entorno en el que las personas están trabajando. (Miret & Martínez, 2010) Estudiar qué es lo que falló en el sistema, ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que pueden minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente.

2. 1. 3. Derechos del paciente y el Buen Vivir

El 3 de febrero de 1995, se emite la ley 77, publicada en el Registro Oficial suplemento N° 626, mediante la cual se protegen los derechos del paciente. Esta ley se actualiza el 22 de diciembre del 2006 y se publica en el Registro Oficial suplemento N° 423 de la esta fecha.

En el capítulo II de esta ley se establecen los siguientes derechos:

Artículo 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Artículo 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Artículo 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Artículo 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Artículo 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Por su parte la Constitución de la República del Ecuador coloca al ser humano en el centro de todo accionar del Estado, convirtiendo al ciudadano en el eje de la política estatal, esto se puede constatar en el artículo 11, numeral 9 de la

Constitución, que manifiesta: “*el más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución*”. De esta manera el nuevo orden constitucional da un mayor desarrollo a los derechos sociales y los relaciona con la noción andino-amazónica de Sumak Kawsay o buen vivir. (SENPLADES., 2013)

Como consecuencia de lo anterior los ciudadanos se encuentran en la obligación de anteponer los intereses colectivos a los intereses individuales. Es aquí en donde encaja la visión del cuidado de la vida en todas sus formas y el aseguramiento de la calidad de la vida que el Estado está en la obligación de otorgar.

2. 1. 4. Enfermería y cuidado

La enfermería es ciencia, disciplina, vocación, humanismo, excelencia y cuidado dirigido a la vida, la salud y la enfermedad de la persona y la sociedad, porque esta disciplina trasciende a partir de cuidar más allá de la parte física del ser humano y participa de manera positiva en el desarrollo de estilos de vida, al educar para el autocuidado de la salud, y llegar a intervenir en el fomento de una mejor calidad de vida de la persona y la población. (Téllez Ortiz & García Flores, 2012)

La enfermería contribuye al desarrollo humano y lleva consigo una tradición que se remonta al origen mismo de la sociedad, es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo, su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería.

Esta disciplina parte de la investigación científica, ya que es un conjunto de acciones planificadas que permite resolver total, o de manera parcial, un problema científico determinado; rechazar los supuestos de una teoría ya existente, crear y validar nuevas teorías; por tanto, cabría entonces decir que la enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo XX que posee un cuerpo teórico

conceptual propio, mismo que sustenta sus principios y objetivos, ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee, además, un método científico propio de actuación: el proceso de atención de enfermería (PAE), que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud y la vida de las personas. (Arenas Gutiérrez, Mateus Galeano, Garzón Salamanca, & González Vega, 2010)

El respaldo científico de la enfermería conlleva a su práctica a un mayor desarrollo y es cuando los conceptos de calidad del cuidado involucran una búsqueda de consolidar un proceso que se denomina “proceso enfermero”, mediante el cual las acciones del cuidado de la enfermería buscarán su estandarización.

Es así como la North American Nursing Association (ANA) se dio a la tarea de desarrollar el lenguaje estandarizado de los diagnósticos de enfermería. Con ello, y con el fin de establecer la estructura y clasificación para su identificación, Gebbie y Lavin (1973) convocaron a una conferencia para analizar la clasificación de los Diagnósticos de enfermería, a partir de la cual se constituye el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. Es en 1982 cuando la NANDA perfiló la estructura organizativa y establece los planes de trabajo del grupo para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería. (Ramírez-Tabales & Téllez-Ortiz, 2012)

A partir de entonces, la NANDA ha logrado con su trabajo un impacto internacional en la utilización de diagnósticos de enfermería, rompiendo paradigmas de la profesión con responsabilidad, capacidad, autonomía y pensamiento crítico para tratar al individuo. Por otro lado, la taxonomía que se creó se considera como una herramienta a través de la cual el profesional de enfermería logra comunicarse, sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

Los diagnósticos NANDA incluyen: una etiqueta diagnóstica, su definición, características definitorias y factores relacionados. La importancia de contar con diagnósticos de enfermería radica en que: (Ramírez-Tabales & Téllez-Ortiz, 2012)

- Establece una clasificación de diagnósticos de enfermería.
- Facilita la obtención de conocimientos.
- Genera una terminología común para las enfermeras.
- Favorece la comunicación multidisciplinar.
- Aborda a la persona de forma humana y holística.
- Genera calidad del cuidado.
- Garantiza la seguridad del individuo, familia y comunidad.
- Constituye una base y estructura para la investigación.

En 1990 la NANDA estableció la definición de Diagnóstico enfermero como: el juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. (Benavent, Garcés, Ferrandis, Francisco, & Rey, 2008)

La primera propuesta de la NANDA fue la Taxonomía I, la cual se fundamenta sobre criterios conceptuales elaborados por teóricas que definen a la taxonomía como: “el estudio teórico de la clasificación sistemática, incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos, en definitiva es la ciencia de cómo clasificar e identificar”; esta categorización taxonómica centra su trabajo en el análisis de las etiquetas diagnósticas y en los nueve patrones del hombre unitario. (Benavent et al., 2008)

Debido a la necesidad de generar un número mayor de diagnósticos, hace alrededor de una década, la NANDA creó la Taxonomía II, la cual tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM), por lo que su estructura es multiaxial con tres niveles, los

cuales integran: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. (Ramírez-Tabales & Téllez-Ortiz, 2012)

Se realizaron las definiciones de cada dominio y clase cotejando la ubicación de cada diagnóstico para asegurar la máxima coherencia entre dominios, clases y diagnósticos. Es importante detallar que los dominios, clases y diagnósticos de enfermería, así como el sistema multiaxial que integran la Taxonomía II, permiten hacer adiciones y modificaciones con facilidad.

En comparación, si se emplea la Taxonomía I es necesario considerar que los criterios con los que se estructuran los diagnósticos de enfermería son a través de ejes, que para propósitos de esta taxonomía, se define como la “Dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”.

Existen siete ejes que se representan en las etiquetas o códigos de los diagnósticos por sus valores: (Benavent et al., 2008)

Eje 1. Concepto diagnóstico.

Eje 2. Sujeto del diagnóstico (persona, familia y comunidad).

Eje 3. Juicio (deteriorado o inefectivo).

Eje 4. Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etcétera).

Eje 5. Edad (lactante, niño, adulto).

Eje 6. Tiempo (agudo, crónico, intermitente).

Eje 7. Estado del diagnóstico que puede ser real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud.

La NANDA, al establecer una alianza con el Centro de Clasificación del Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa, llevó a cabo un estudio para analizar la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común, donde existiera una

relación entre las tres clasificaciones (NANDA, NIC y NOC) ya existentes, para con ello facilitar la vinculación entre los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados. (García-Palacios et al., 2002)

La ventaja de ser un lenguaje enfermero que se reconoce internacionalmente, permite que este sistema de clasificación sea aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil, que agilice la labor diaria.

El establecimiento de una taxonomía estandarizada permite contribuir con la investigación y creación de la cultura de seguridad de la cultura de seguridad del paciente, ya que se establece un lenguaje común y que va en concordancia con recomendaciones proporcionadas por el National Quality Forum de los Estados Unidos. (Blanca-Gutiérrez, Aranda-Marín, Ramirez-Pérez, & DelgadoReyes)

En la parte específica, la taxonomía diagnóstica NANDA II contiene tres términos clave que son: (Ferrandis & Garcés, 2008)

El eje se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa o de riesgo. Esta dimensión se ve representada por el eje denominado potencialidad; la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo, lo que quedaría expresado por el eje unidad de cuidados; una respuesta puede aparecer de manera aguda o mantenerse en el tiempo, lo que referiría el eje tiempo, etc. Los ejes, en la clasificación NANDA II, sirven para concretar el diagnóstico en función de las características y manifestaciones que identifican una respuesta humana determinada.

El dominio representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

La clase representa el nivel más concreto de la clasificación. La clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.

Para el caso de la seguridad del paciente, su taxonomía se ubica en el **dominio 11: Seguridad/protección**: que se refiere a la ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad. **La clase** tiene 6 elementos que son: infección, lesión física, violencia, peligros ambientales, procesos defensivos y termorregulación. La clase 2, es decir lesiones físicas, que es la específica para la seguridad del paciente en emergencia, tiene 20 conceptos diagnósticos: riesgos de: asfixia, aspiración, caídas, disfunción neurovascular periférica, lesión, lesión postural perioperatoria, lesión térmica, ojo seco, sangrado, deterioro de la integridad cutánea, shock, muerte súbita del lactante, traumatismo, traumatismo vascular; deterioro de: la dentición, la integridad cutánea, la mucosa oral, y limpieza ineficaz de las vías aéreas. (Benavent et al., 2008)

El entorno en el que las enfermeras se desenvuelven siempre será complejo y propenso a error, además los errores en la atención de los pacientes rara vez se deben a incompetencia o negligencia individual, según lo dicho por Maddox, et al, en su artículo "Patient Safety and the Need for Professional and Educational Change" donde además proponen cambios en los métodos de educación de enfermería creando un ambiente de aprendizaje, con fluida comunicación abierta, que permita a las enfermeras identificar, discutir y, en última instancia evitar los errores en la atención de la salud. (Maddox, Wakefield, & Bull, 2001)

Esta recomendación tiene implicaciones particulares para los educadores de enfermería y para las facultades de enfermería, cambios en el contenido y el proceso de los programas de educación básica de enfermería a partir del desarrollo de planes de estudios clínicos de experiencias prácticas incluyendo la exposición al contenido y la experiencia interdisciplinaria que abarquen la educación en

situaciones que simulan día a día, la realidad de la asistencia al paciente y que ofrecen experiencias entre el equipo de salud en la comunicación y la planificación de la rutina de la atención de los pacientes a las situaciones en las que los fallos del sistema y emergencias se producen y en el que los miembros del equipo deben aprender a utilizar su conocimiento colectivo y la habilidad para resolver problemas después de las intervenciones. La renovación de las experiencias educativas que incluyan la orientación de un equipo de enfermería puede comenzar con la facultad de examinar varias cuestiones pertinentes, la reorientación de los valores relacionados con el análisis de errores, creando y conduciendo sistemas libres de culpa, y aumentar la comodidad y la competencia en la previsión y análisis de errores. (Arenas Gutiérrez et al., 2010).

2. 1. 5. Modelo de evaluación de la cultura de seguridad del paciente

Los conocimientos derivados del estudio de la cultura organizacional, han contribuido a delinear un marco teórico para estudiar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, ya sean de atención hospitalaria o de consulta ambulatoria. A pesar de ser un campo relativamente nuevo, las investigaciones efectuadas han permitido poner a prueba el marco teórico así como las herramientas con las que se puede llevar a cabo la medición de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud.

En este campo de la salud, entre los primeros en reconocer la importancia de la cultura de la seguridad fue el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, quien refiere que uno de los mayores retos para conseguir sistemas de salud seguros, es reemplazar la cultura de culpar a los individuos por los errores, por otra en la que estos sean vistos como oportunidades para aprender, prevenir los daños y mejorar el sistema de atención. En contraste con la “cultura patológica de seguridad”, en que las fallas son punibles, se ocultan y no se reconocen los problemas, una “cultura positiva de seguridad” reconoce la inevitabilidad absoluta de fallas y busca activamente identificar las amenazas o riesgos latentes. De manera gradual, las organizaciones han reconocido que la evaluación de la cultura de seguridad, es

una herramienta útil que contribuye a mejorar la seguridad de los pacientes. (Da Silva-Gama et al., 2013)

En el 2003, el informe publicado por el National Quality Forum de los Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad es la primera de las “buenas prácticas” de las organizaciones de salud, para mejorar la seguridad del paciente y esa afirmación se ratifica en el informe del 2005, en el que además se propone evaluarla, retroalimentar al personal con los resultados y utilizar estos para definir intervenciones que mejoren la seguridad de los pacientes.

El creciente número de estudios sobre la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, revela que dicha cultura no se puede determinar solo por la buena disposición de los directivos para impulsar acciones de seguridad, sino sobre todo, por acciones tangibles como el desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y la actitud del personal de salud para utilizarlos y aprender de ellos, así como por tener una mente abierta para compartir información sobre las fallas y participar en el rediseño de procesos para evitar que se repitan.

Si bien se han utilizado diversos instrumentos para evaluar la cultura de seguridad del paciente, el cuestionario desarrollado en el 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, para evaluar la cultura en el ámbito hospitalario, es uno de los más utilizados. Este cuestionario denominado hospital survey on patient safety culture, además de haberse utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en los Estados Unidos, se ha utilizado en otros países. Las encuestas en las que se ha utilizado el cuestionario de la AHRQ, han mostrado que dicha herramienta es útil para conocer el grado de cultura de seguridad del paciente tanto a nivel hospitalario, como en servicios de atención específicos como los servicios de urgencias, cuidados intensivos y salas de cirugía. (Saturno & Terol-García, 2008).

La amplia utilización de este cuestionario en las encuestas realizadas, se debe a los beneficios potenciales que se le atribuyen, entre los que se encuentran los siguientes: permiten hacer el diagnóstico situacional de la cultura de seguridad,

mejoran el grado de conciencia del personal sobre la seguridad del paciente, ayudan a formular y cumplir acciones de seguridad del paciente, contribuyen a evaluar acciones o programas específicos de seguridad del paciente, permiten evaluar los cambios a través del tiempo. Las evaluaciones psicométricas realizadas al cuestionario, lo ubican como una herramienta útil para evaluar todas las dimensiones de la cultura de seguridad, con una validez y confiabilidad de moderada a fuerte. (Varela-Santacruz & Rodríguez-Suárez, 2011).

El cuestionario está diseñado para evaluar doce dimensiones relacionadas con la seguridad del paciente, a través de un total de 42 preguntas que se distribuyen como sigue:

DIMENSIONES	ASPECTOS QUE EXPLORAN LAS PREGUNTAS
1. TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD / SERVICIO	Cuatro preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal, para trabajar en situación normal y de
2. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN / SERVICIOS PARA FAVORECER LA	Cuatro preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente
3. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA	Tres preguntas. Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de acciones para mejorar la seguridad y
4. APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL	Tres preguntas. Interés de la Dirección para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y
5. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD	Cuatro preguntas. Prioridad para la seguridad del
6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN	Tres preguntas. Informe de la Dirección sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de
7. FEED BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE LOS ERRORES	Tres preguntas. Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo
8. FRECUENCIA DE EVENTOS	Tres preguntas. Reporte de errores con o sin
9. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES / SERVICIOS	Cuatro preguntas. Cooperación y agrado para trabajar y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el
10. DOTACION DE PERSONAL	Cuatro preguntas. Disponibilidad de personal y la
11. PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE	Cuatro preguntas. Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o transferencia
12. RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES	Tres preguntas. Utilización negativa de la información sobre errores y temor a represalias

El ámbito en donde se desarrolló la investigación es el Hospital de los Valles, el cual se encuentra en funcionamiento desde el año 2006, es un Complejo Médico, de alto nivel científico y académico, orientado a brindar servicios hospitalarios y ambulatorios de la más alta calidad, con los mejores médicos, una infraestructura física y tecnológica de vanguardia, ubicado en el Valle de Cumbayá brindando cobertura médica en todas las especialidades y subespecialidades, para ello cuenta con 99 camas hospitalarias, totalmente equipadas para brindar la mejor atención y confort durante su estadía, 16 cubículos en la Unidad de Cuidados Intensivos para pacientes adultos y pediátricos, 26 camas en Neonatología para atención de recién nacidos a término y prematuros, 8 Quirófanos equipados con tecnología de vanguardia, 17 cubículos en emergencia, 13 cubículos en Hospital del día.

Anualmente se realizan más de 6000 cirugías realizadas, 20.000 atenciones en emergencia, más de 6.500 hospitalizaciones, más de 600 pacientes atendidos en cuidados intensivos, en el 2010 considerado por América Economía entre las mejores clínicas y hospitales del mundo, puesto 28. En el 2011 el ranking empresarial de GESTIÓN colocó al Hospital en el puesto 225 entre las principales instituciones financieras del país.

En el año 2009 obtuvo la certificación internacional ISO 9001-2008 aplicando 8 principios de la calidad han dado sus frutos:

- Enfoque al cliente.
- Liderazgo. Participación del personal.
- Enfoque basado en procesos.
- Enfoque de sistema para la gestión.
- Mejora continua.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.

- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

En el Hospital de los Valles laboran 100 enfermeras en total y en el servicio de emergencias laboran 13 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería.

2. 2. Hipótesis

Es posible establecer línea de base de la cultura de seguridad de la atención al paciente por el personal de enfermería en la sala de emergencias del Hospital de los Valles, mediante la aplicación del cuestionario desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos.

2.3. Variables

2. 3. 1. Independiente

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ Tiempo de trabajo en el Hospital
- ✓ Tiempo de trabajo en el servicio de emergencias
- ✓ Horas a la semana de trabajo en el servicio de emergencias
- ✓ Grado académico
- ✓ Experiencia profesional

2. 3. 2. Dependientes

Cuestionario AHRQ, con sus componentes

A. Resultados de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados

2. Percepción de seguridad

B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel del servicio de emergencias:

3. Expectativas y acciones de los directivos de emergencias que favorecen la seguridad.

4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.

5. Trabajo en equipo en el servicio.

6. Franqueza en la comunicación.

7. Feed-back y comunicación sobre errores.

8. Respuesta no punitiva a los errores.

9. Dotación de personal.

10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

C. Dimensiones de la cultura de seguridad en relación con todo el hospital:

11. Trabajo en equipo entre unidades

12. Problemas de cambios de turno y transiciones entre servicios.

CAPITULO III

3. Diseño Metodológico

3. 1. Tipo de estudio

Por sus características se trata de un estudio cuantitativo con variables cualitativas, prospectivo, observacional pues no se manipularon las variables y transversal puesto que las variables fueron medidas por una sola vez para cada unidad de estudio.

3. 2. Universo y muestra

El universo de estudio fue constituida por 20 personas entre ellos enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de emergencia del Hospital de los Valles, y se empleo la encuesta a todo el personal de enfermería y auxiliar de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de los Valles que trabajo entre los meses de septiembre y octubre del 2014.

3. 3. Métodos y Técnicas

El cuestionario fue autoadministrado con las respectivas instrucciones para su llenado, además conto con la presencia de una persona entrenada para el efecto, se debe mencionar que no se público el nombre de quien respondió la encuesta, pero se llevo un listado de las personas a quienes se aplico el mismo.

El cuestionario contenía preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. Para cada pregunta se elaboro una escala de Likert. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantuvo las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invirtieron la escala de preguntas los mismos que estuvieron formuladas en sentido negativo para facilitar el

análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Las estimaciones puntuales de cada dimensión se acompañan del correspondiente intervalo de confianza del 95%.

$$\frac{\Sigma \text{respuestas (positivas, neutras o negativas)} \text{ en los ítems de la dimensión} \times 100}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplearon los siguientes criterios alternativos:

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

El análisis de fortalezas y debilidades (oportunidades de mejora) se realizaron para las dimensiones en su conjunto. Para un análisis más específico y exhaustivo de las debilidades (oportunidades de mejora) se realizó un diagrama de Pareto, tomando como base las respuestas negativas, una vez recodificadas según se explica más arriba y teniendo en cuenta la formulación positiva o negativa de las preguntas.

3. 4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron: el/la profesional que labore en el servicio de emergencias del Hospital de los Valles. Que tenga 6 meses como mínimo laborando en el servicio de emergencias. Que haya aceptado llenar la encuesta luego de informar sus objetivos.

Se excluyeron a: al/la profesional que no labore en el servicio de emergencias del Hospital de los Valles. Los que tuvieron menos de 6 meses laborando en el servicio de emergencias. Y los que no aceptaron llenar la encuesta luego de informar sus objetivos.

3. 5. Recolección de datos

Se entrenó a dos personas los mismos que recopilaban la información al personal de enfermería que labora en el Hospital de los Valles, el tiempo estimado para

llenar la encuesta fue de 10 a 15 minutos, por tanto se aplicó fuera del horario de trabajo.

3. 6. Procesamiento de datos

Una vez llenados los formularios, estos se vaciaron en una matriz en el programa Excel y examinados, limpiados, y luego se trasladó al programa estadístico SPSS v18 para su procesamiento y cálculo de valores descriptivos de tendencia central, de variabilidad y posición; frecuencias y gráfico de Pareto. Los valores se presentaron con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

3. 7. Aspectos ético-legales

El propósito principal de la presente investigación se enmarcó en comprender la calidad de atención desde el punto de vista de la actuación del profesional de enfermería en la seguridad de paciente, por lo que se orientó en medir dichos aspectos y no se involucró al paciente.

Sin embargo, se observaron todas las medidas protocolarias relacionadas con la investigación en seres humanos establecidas en la “Declaración de Helsinki” y revisada en la 64ª Asamblea General, realizada en Brasil, en octubre del 2013.

Se obtuvieron los consentimientos informados de todos los profesionales de enfermería que formaron parte de la investigación.

Además la autora del presente estudio declaró no tener intereses particulares involucrados para la realización del mismo.

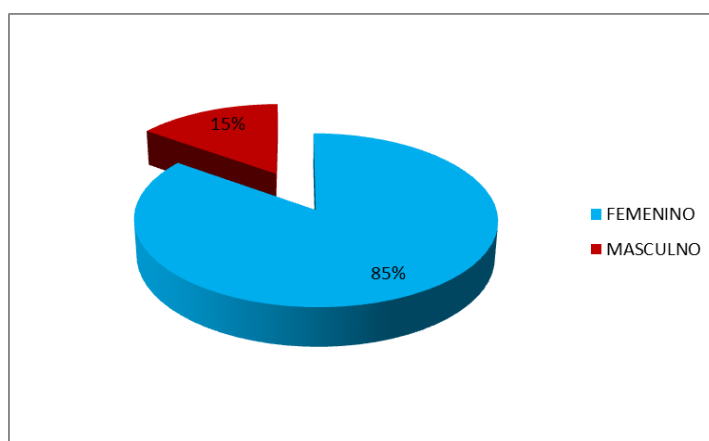
CAPITULO IV

4. 1. Resultados

Se aplicaron 20 encuestas del cuestionario desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos para establecer la línea de base de la cultura de seguridad de la atención al paciente por el personal de enfermería en la sala de emergencias del Hospital de los Valles.

Tabla y Gráfico N° 1: Sexo del personal de enfermería y auxiliares del servicio de emergencia

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	17	85.00%
MASCULNO	3	15.00%
TOTAL	20	100.00%

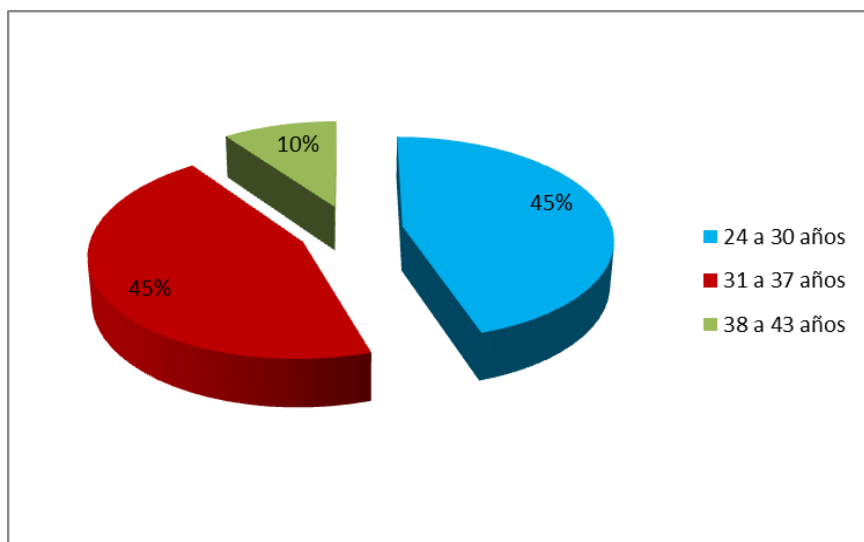


Fuente: base de datos

Análisis: Con respecto al sexo de los profesionales de enfermería y auxiliares se ha encontrado que el 85% de las unidades de estudio fueron mujeres, mientras solo el 15% son de sexo masculino.

Tabla y Gráfico N° 2: Edad del personal de enfermería y auxiliares del servicio de emergencia

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
24 a 30 años	9	45.00%
31 a 37 años	9	45.00%
38 a 43 años	2	10.00%
TOTAL	20	100.00%

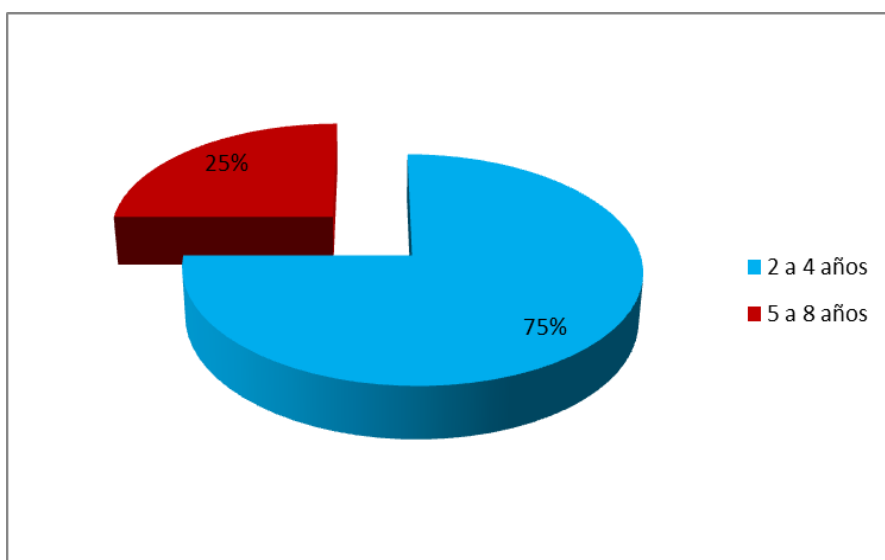


Fuente: base de datos

Análisis: En el rango de edad, se aprecia que entre enfermeros y auxiliares de enfermería un 45%, siendo 9 de ellos se encuentran entre de 24 a 30 años, mientras que otro 45%, tienen un promedio de 31 a 37 años y solo el 10% , que viene a ser 2 de los profesionales tienen edades entre los 38 y 43 años de edad.

Tabla y Gráfico N° 3: Años de trabajo en el hospital

AÑOS DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 a 4 años	15	75.00%
5 a 8 años	5	25.00%
TOTAL	20	100.00%

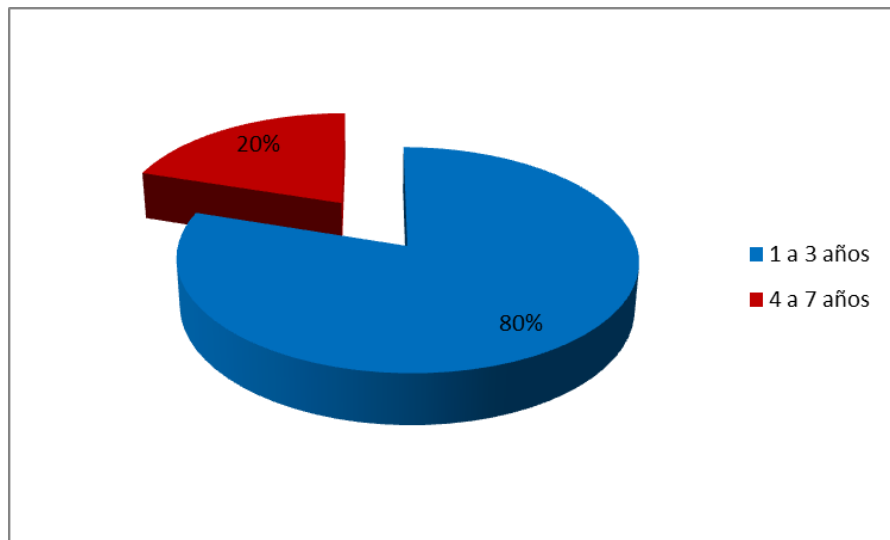


Fuente: base de datos

Análisis: El promedio de años de trabajo en el Hospital fue en su mayoría el 75% que representa un índice de 2 a 4 años perteneciendo este resultado en 15 de los enfermeros y auxiliares de enfermería del servicio de emergencia, no obstante el 25% de los profesionales han trabajado en un promedio de 5 a 8 años, siendo la cantidad de 5 de ellos.

Tabla y Gráfico N° 4: Años de trabajo en el servicio de emergencias del hospital

AÑOS DEL TRABAJO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3 años	16	80.00%
4 a 7 años	4	20.00%
TOTAL	20	100.00%

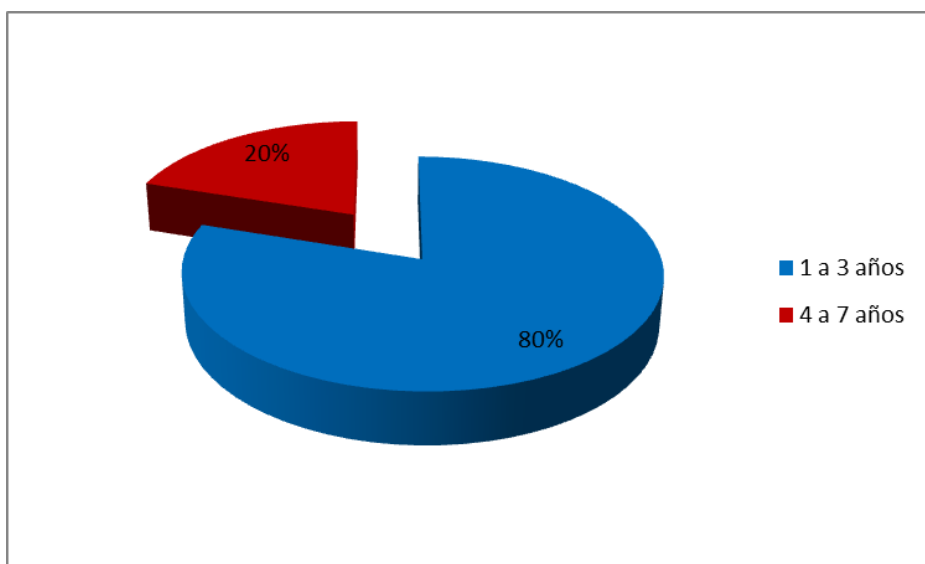


Fuente: base de datos

Análisis: El promedio de años de trabajo en el servicio de emergencias del Hospital fue de 1 a 3 años perteneciendo a 16 de los profesionales de enfermería y auxiliares del servicio de emergencia, el cual en porcentaje representa el 80%, siendo la mayoría, mientras que un 20%, representando a 4 de ellos han trabajado un promedio de 4 a 7 años.

Tabla y Gráfico N° 5: Horas de trabajo a la semana en el servicio de emergencias del hospital

AÑOS DEL TRABAJO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3 años	16	80.00%
4 a 7 años	4	20.00%
TOTAL	20	100.00%



Fuente: base de datos

El promedio de horas a la semana de trabajo en el servicio de emergencias del Hospital fue de 40 horas en su mayoría siendo el índice de 15 enfermeros y auxiliares de enfermería que representaran al 80%, mientras que 5 de ellos, es decir el 20%, informan que trabajan de 41 a 50 horas a la semana.

Resultados de la cultura de seguridad: en esta sección existen dos dimensiones con un total de 7 ítems.

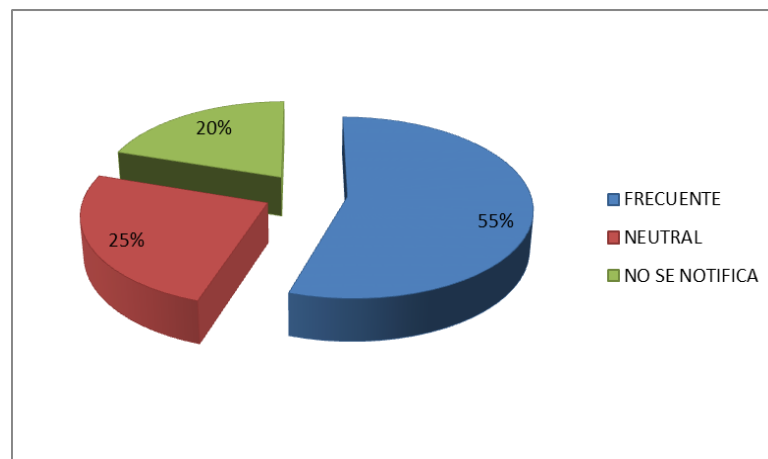
En relación a la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”, el 55% (IC 95% 42,41 - 67,59) de los encuestados manifiestan que los eventos adversos son notificados, pero el 20% (IC 95% 9,88 - 30,12) de ellos manifiestan que no lo son.

Frecuencia de eventos notificados

Tabla y Gráfico N°6: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
FRECUENTE	11	55,0
NEUTRAL	5	25,0
NO SE NOTIFICA	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos

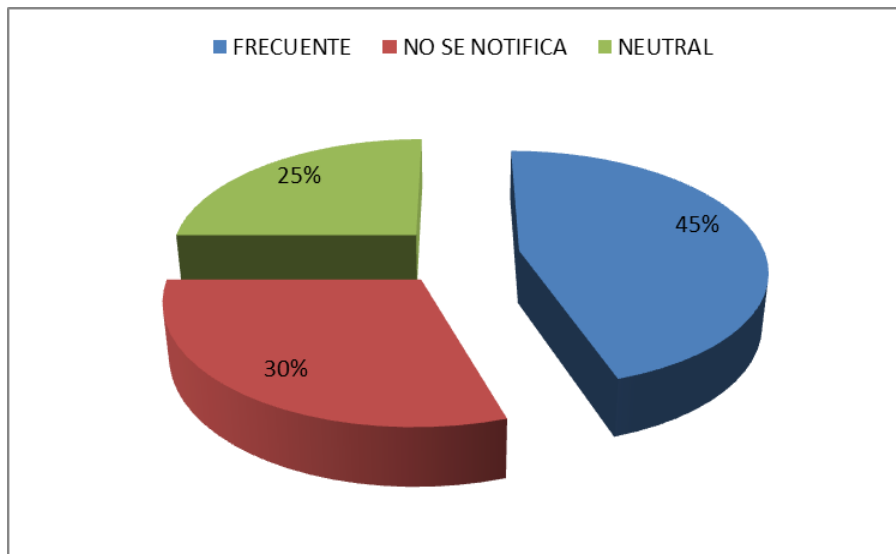


Elaboración: Zula N.

Análisis: en lo que respecta a este ítem, los resultados han reflejado que en un 55% si se notifican los errores cometidos antes de que puedan afectar al paciente, un 25% informa que se da a manera neutral, mientras que el 20% comentan que no se informa este tipo de eventos.

Tabla y Gráfico N° 7: Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

	Frecuencia	Porcentaje
FRECUENTE	9	45,0
NO SE NOTIFICA	6	30,0
NEUTRAL	5	25,0
Total	20	100,0



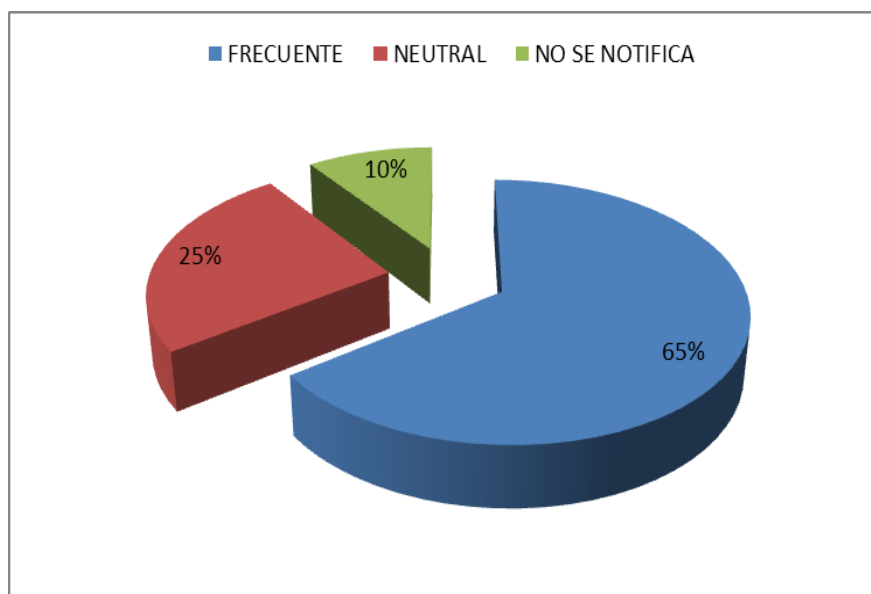
Fuente: base de datos

Elaboración: Zula N.

Análisis: De acuerdo a los resultados, un porcentaje elevado representado por el 45%, notifican algún tipo de error cometido aunque este no ponga en peligro al paciente, en cambio un 30% transmite que no se comunican este tipo de inconvenientes, no obstante el 25% informan considera que se da a manera neutral.

Tabla y Gráfico N° 8: Cuando se comete un error que puede dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?

	Frecuencia	Porcentaje
FRECUENTE	13	65,0
NEUTRAL	5	25,0
NO SE NOTIFICA	2	10,0
Total	20	100,0



Fuente: base de datos

Elaboración: Zula N.

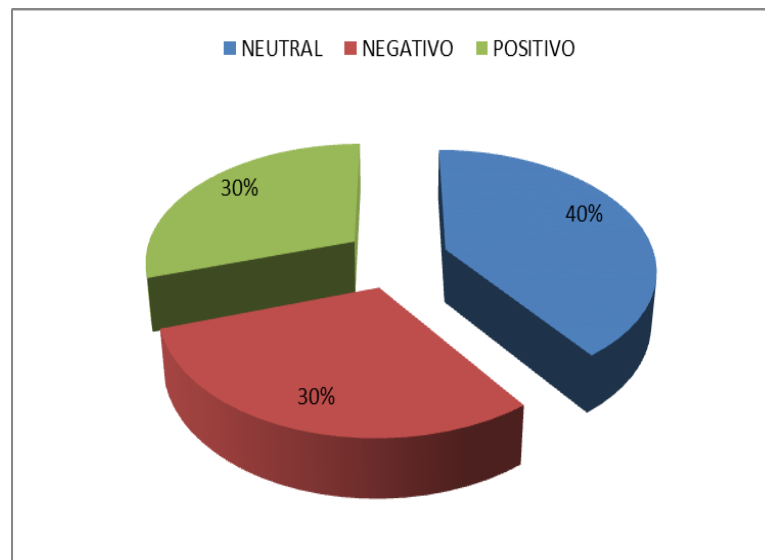
Analisis: Como se puede evidenciar en este gráfico, un 65% de los encuestados revelan errores cometidos que pueden afectar al paciente pero no lo hacen, por otra parte el 25% enteran que se da a manera neutral, mientras que un 10% anuncian que no se notifican este tipo de errores cometidos.

Percepción de seguridad

Tabla y Gráfico N° 9: Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad

	Frecuencia	Porcentaje
NEUTRAL	8	40,0
NEGATIVO	6	30,0
POSITIVO	6	30,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



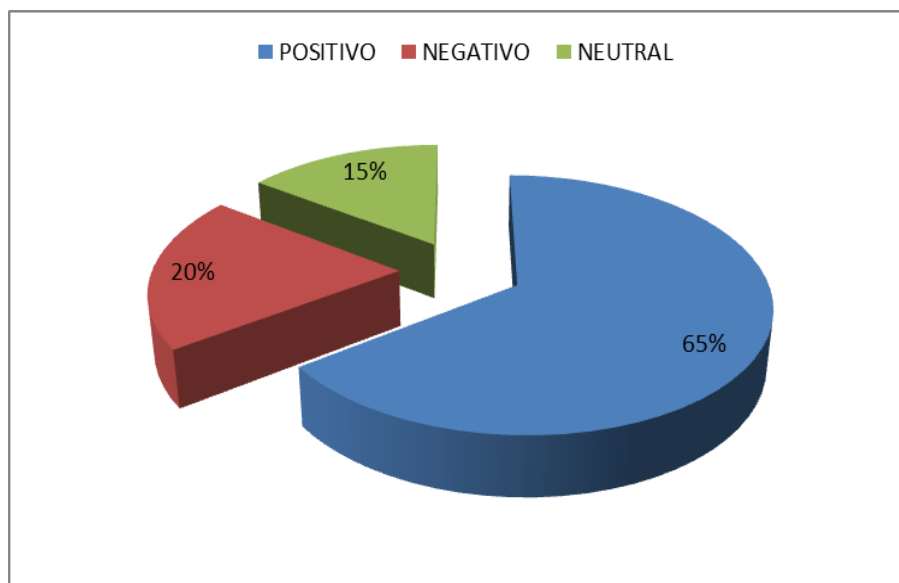
Elaboración: Zula N.

Análisis: En lo que concierne en este gráfico, un 40% comentan su neutralidad con respecto a que se presenten más errores como los mencionados con anterioridad, por el contrario, el 30% informa que si suelen ocurrir otros tipos de contratiempo, mientras el otro 30% participa que no suceden más eventos que los sugeridos anteriormente.

Tabla y Gráfico N° 10: La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	13	65,0
NEGATIVO	4	20,0
NEUTRAL	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



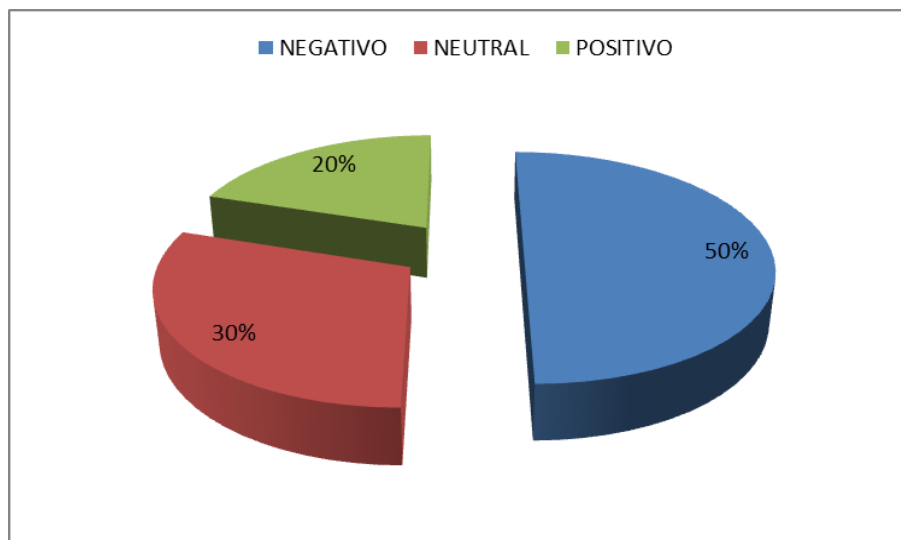
Elaboración: Zula N.

Análisis: Como se puede evidenciar el 65% considera que nunca se ve comprometida la seguridad del paciente por realizar más trabajo, ahora bien el 20% anuncia que si se ve comprometida la seguridad cuando se realiza más trabajo, y el 15% mantiene neutralidad al contestar la pregunta.

Tabla y Gráfico N° 11: En esta unidad hay problemas con la seguridad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	10	50,0
NEUTRAL	6	30,0
POSITIVO	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



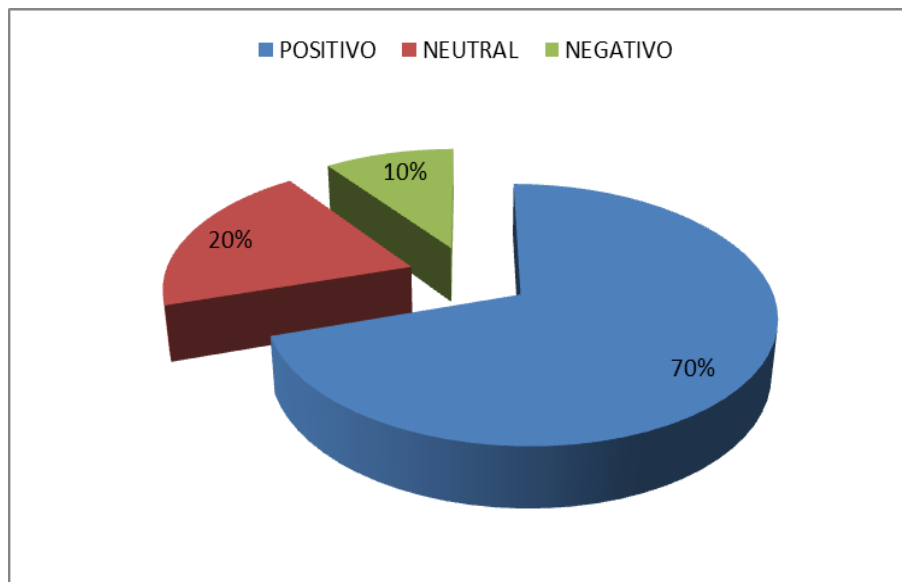
Elaboración: Zula N.

Análisis: En relación a este ítem, se observó que un porcentaje elevado afirma que no hay problemas con la seguridad del paciente, por otro lado el 30% se mantiene neutral al contestar la pregunta, por el contrario un 20% revela que si suelen presentarse problemas con la seguridad del paciente.

Tabla y Gráfico N° 12: Los procedimientos y sistemas realizados en esta unidad son efectivos para la prevención de errores

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	14	70,0
NEUTRAL	4	20,0
NEGATIVO	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

Análisis: El 70% de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia informan que sus procedimientos y sistemas si son efectivos para prevención de errores en la unidad, no obstante el 20% se mantiene neutral, mientras que el 10% notifican que no se puede garantizar la prevención de errores con los procedimientos y sistemas que realizan en esta unidad.

Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel del servicio de emergencias:

en esta sección se analizan 8 dimensiones que agrupan a un total de 27 ítems.

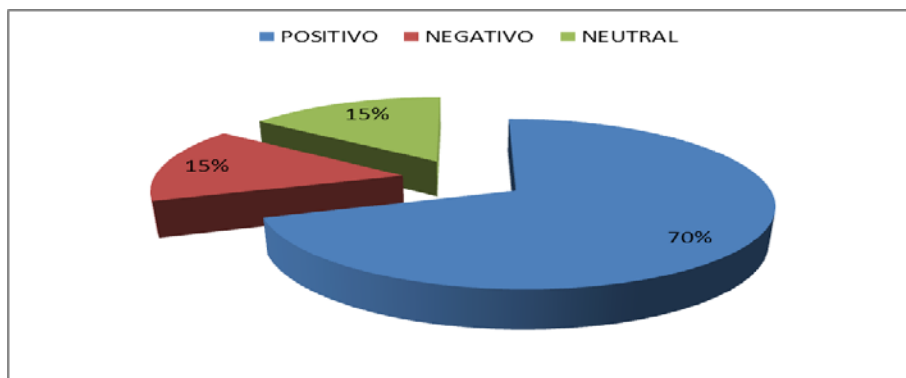
En relación a la dimensión “Expectativas y acciones de los directivos de emergencias que favorecen la seguridad”, el 72,50% (IC 95% 62,72 - 82,28) los encuestados manifiestan que los directivos de la unidad de emergencias realizan acciones que favorecen la seguridad de los pacientes. Para el 11,25% de los encuestados, los directivos no lo hacen.

Expectativas y acciones de la dirección / supervisión / servicios para favorecer la seguridad

Tabla y Gráfico N° 13: Las autoridades de la unidad hacen comentarios favorables cuando ven un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	14	70,0
NEGATIVO	3	15,0
NEUTRAL	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



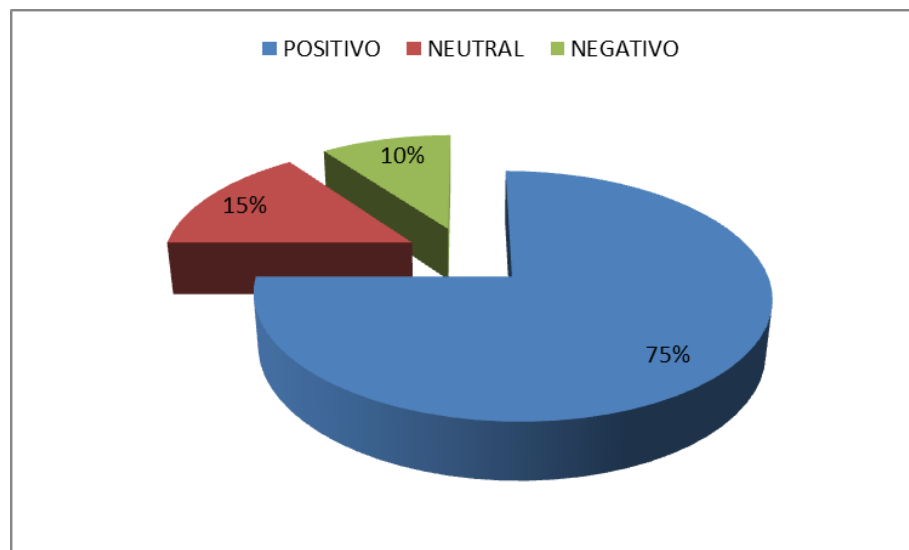
Elaboración: Zula N.

Análisis: De acuerdo a los resultados encontrados, un 70% indican que las autoridades de la unidad si hacen comentarios favorables cuando se realizan trabajos confortables basados en los procedimientos establecidos, ahora bien un 15 % indican que no se reciben este tipo de comentarios, y el otro 15% publican que se da neutralidad en esta pregunta.

Tabla y Gráfico N° 14: Las autoridades de la unidad consideran seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	15	75,0
NEUTRAL	3	15,0
NEGATIVO	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



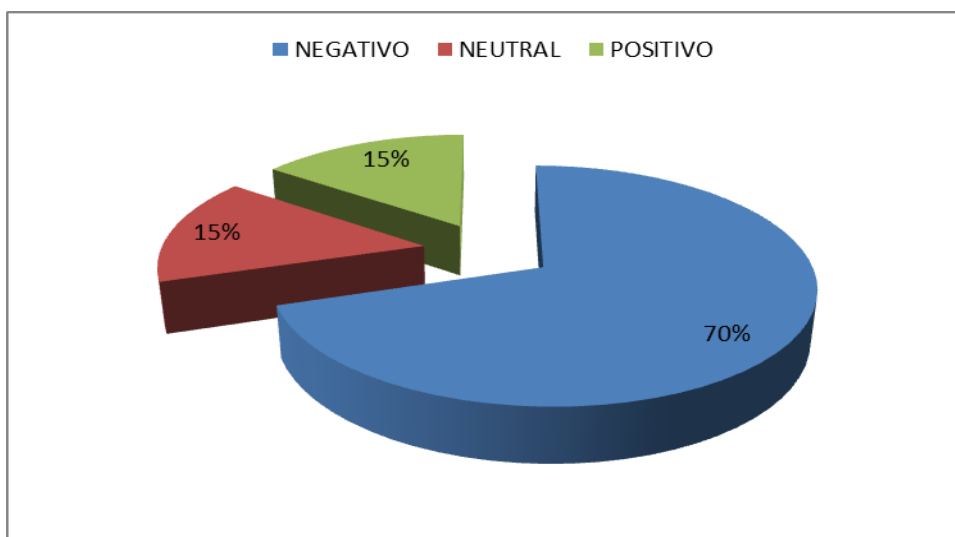
Elaboración: Zula N.

Análisis: Al consultar sobre si las autoridades de la unidad consideran seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes, se encontraron los siguientes resultados; el 75% comunicaron que si se consideran las sugerencias, por otro lado el 15% mantiene neutralidad en su respuesta y el 10% restante indico que no se tomen en cuenta sus sugerencias para el mejoramiento de seguridad del paciente.

Tabla y Gráfico N° 15: Cuando la presión del trabajo aumenta, las autoridades de la unidad obligan que se trabaje más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	14	70,0
NEUTRAL	3	15,0
POSITIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



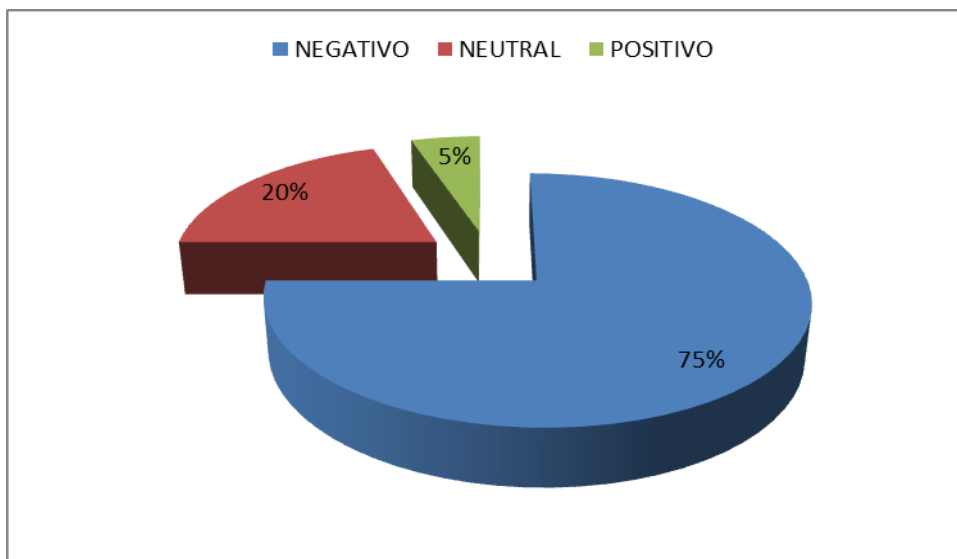
Elaboración: Zula N.

Análisis: Un 70% de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia han manifestado que no se obliga al personal a que trabaje con más rapidez cuando aumenta la presión en el trabajo, por el contrario un 15% respondió, que si suele presentarse este tipo de acontecimientos aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente, mientras el 15% restante notifican su neutralidad a la pregunta.

Tabla y Gráfico N° 16: Las autoridades de la unidad no hacen caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan frecuentemente

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	15	75,0
NEUTRAL	4	20,0
POSITIVO	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

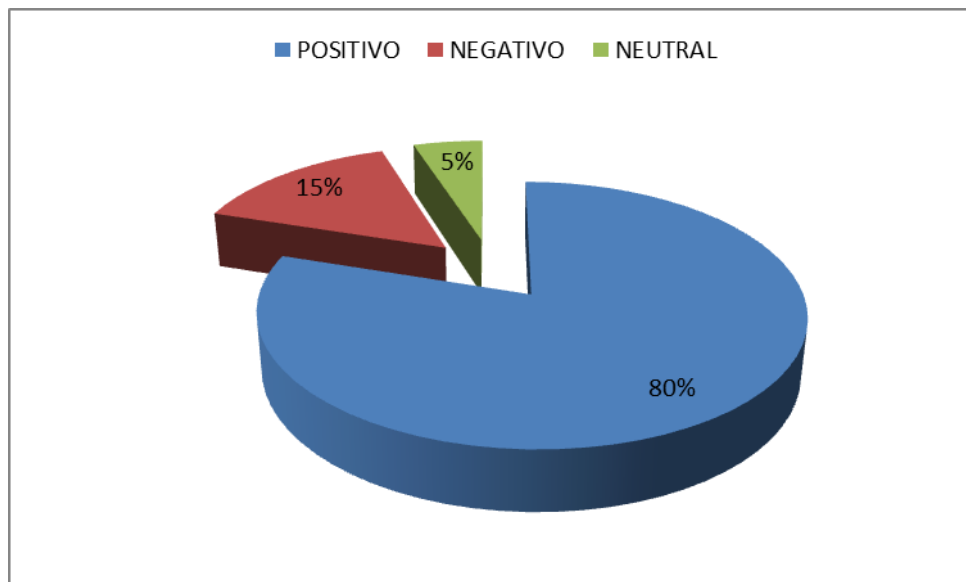
Análisis: Al plantear si las autoridades de la unidad no hacen caso de los problemas de seguridad de los pacientes aunque se repitan frecuentemente se manifestaron los siguientes resultados, un 75% manifestó que esto es negativo, sin embargo un 20% se mantiene neutral, mientras que el 5% informó que si suele pasar este tipo de problemas dentro de la unidad.

Aprendizaje organizacional/mejora continua

Tabla y Gráfico N° 17: Se tiene actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	16	80,0
NEGATIVO	3	15,0
NEUTRAL	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



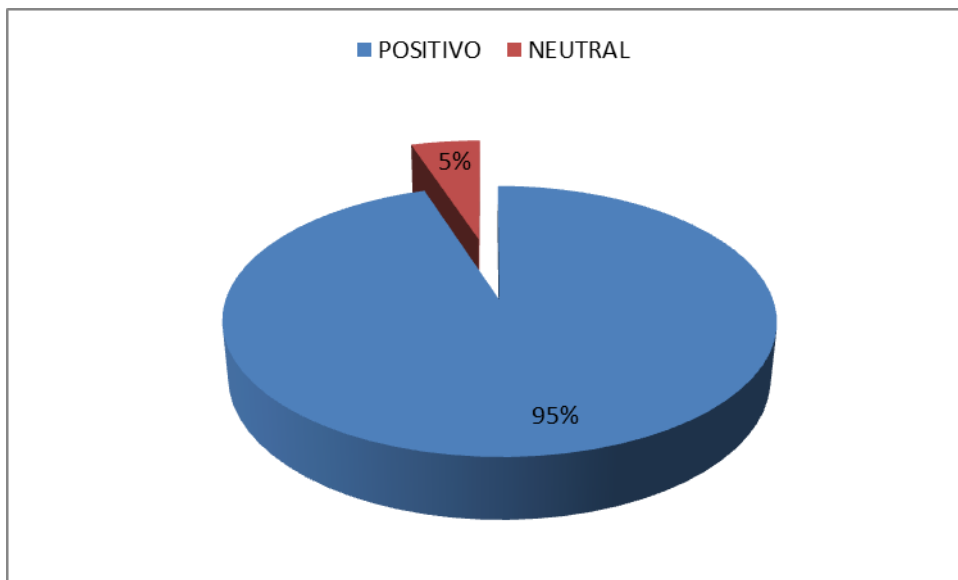
Elaboración: Zula N.

Análisis: Como se puede observar, el 80% se ubico en que si se tienen actividades que ayuden a mejorar la seguridad de los pacientes, en cambio un 15% transmiten que no suelen realizarse ningún tipo de actividades, por otro lado un 5% informan su neutralidad.

Tabla y Gráfico N° 18: Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	19	95,0
NEUTRAL	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



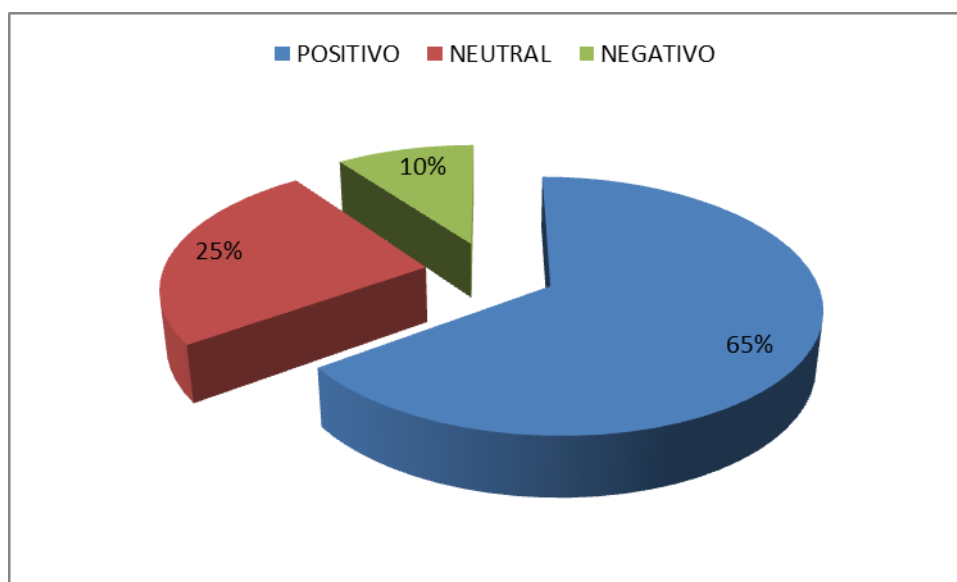
Elaboración: Zula N.

Análisis: En relación en este ítem, el 95% de los encuestados participo que cuando se detectan fallos si, se ponen en marcha medidas para que esto vuelva ocurrir, si embargo el 5% restante se mantiene neutral en su respuesta.

Tabla y Gráfico N° 19: Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	13	65,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

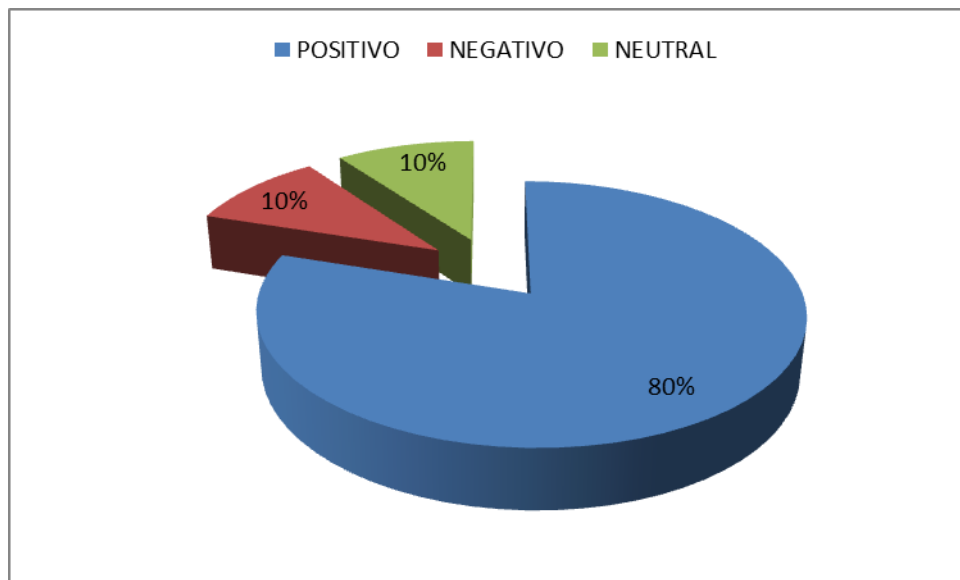
Análisis: Al plantear a los encuestados, si después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa su efectividad, 65% respondió que si se lo realiza, no obstante el 25% mantiene neutralidad al contestar y el 10% restante informan que no se suele evaluar este tipo de cambios.

Trabajo en equipo en la unidad de emergencias

Tabla y Gráfico N° 20: El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	16	80,0
NEGATIVO	2	10,0
NEUTRAL	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



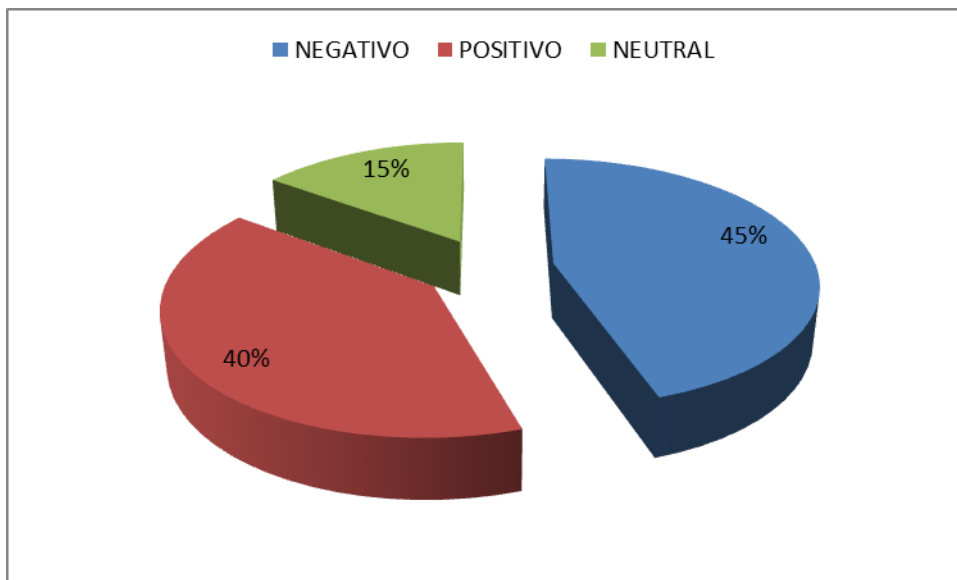
Elaboración: Zula N.

Análisis: un 80% argumenta que si existe apoyo mutuo con el personal sanitario dentro de la unidad, por otro lado un 10 % informó que no existe ese tipo de apoyo, el 10% restante revela que existe neutralidad en la respuesta.

Tabla y Gráfico N° 21: Cuando hay mucho trabajo, se lo hace en equipo para terminarlo

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	9	45,0
POSITIVO	8	40,0
NEUTRAL	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

Análisis: En relación a este ítem, el 45% opinó que cuando hay mucho trabajo, no se lo realiza en equipo para terminarlo más rápido, sin embargo, se encontró un 40% que transmitió que si se trabaja en equipo para mayor rapidez, ahora bien el 15% mantuvo neutralidad al responder la pregunta.

Tabla y Gráfico N° 22: En esta unidad, el personal se trata con respeto

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	20	100,0

Fuente: base de datos



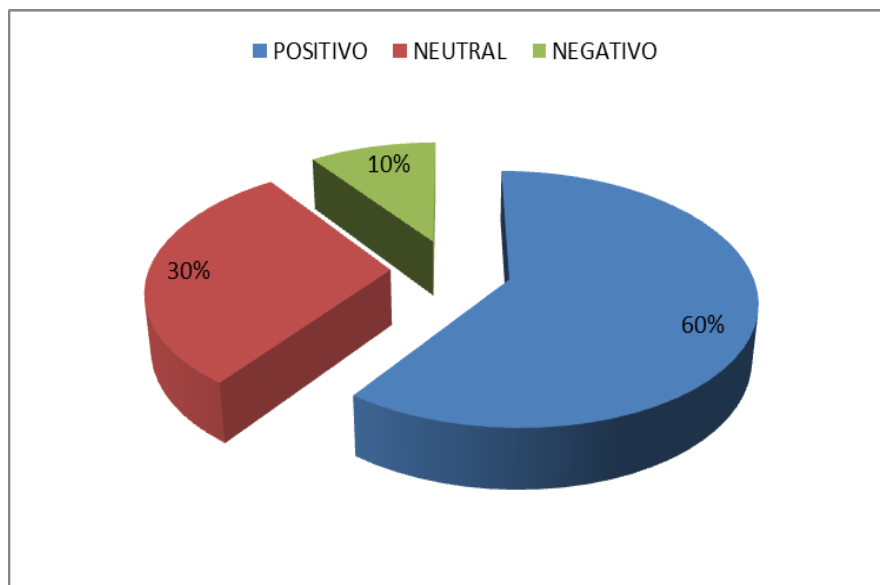
Elaboración: Zula N.

Análisis: de acuerdo a los resultados, el 100% de los profesionales que trabajan en enfermería del servicio de emergencia, contestaron que si se trabaja con respeto dentro de la unidad.

Tabla y Gráfico N° 23: Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	12	60,0
NEUTRAL	6	30,0
NEGATIVO	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

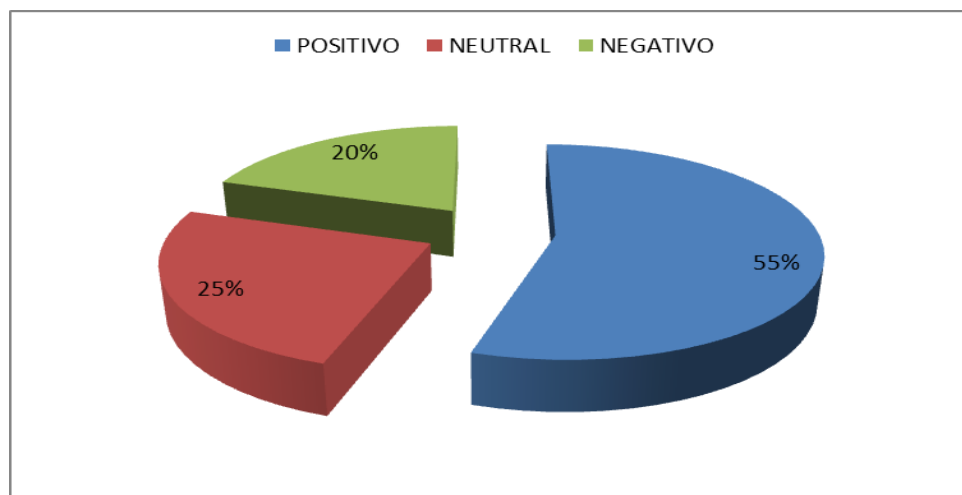
Análisis: Con respecto a los resultados, un elevado porcentaje representado por el 60% de los encuestados respondió, que sí, encontraba ayuda de sus compañeros si estaba sobrecargado de trabajo, sin embargo se encontró que el 30% alegaba neutralidad al contestar la respuesta, y apenas un 10% informa que no se encuentra ayuda en los compañeros.

Franqueza en la comunicación

Tabla y Gráfico N° 24: El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	11	55,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



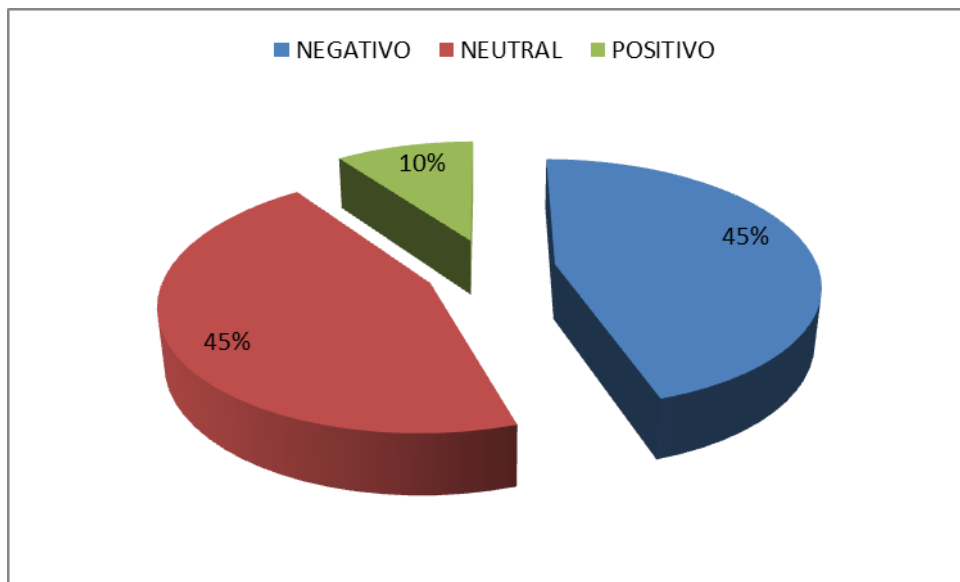
Elaboración: Zula N.

Análisis: Como se puede evidenciar en este gráfico, un 55% de los encuestados respondió que si se puede comentar libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente, mientras un 25% mantiene neutralidad al responder, sin embargo el 20% restante comunica que no se puede comentar este tipo de cosas con libertad.

Tabla y Gráfico N° 25: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	9	45,0
NEUTRAL	9	45,0
POSITIVO	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



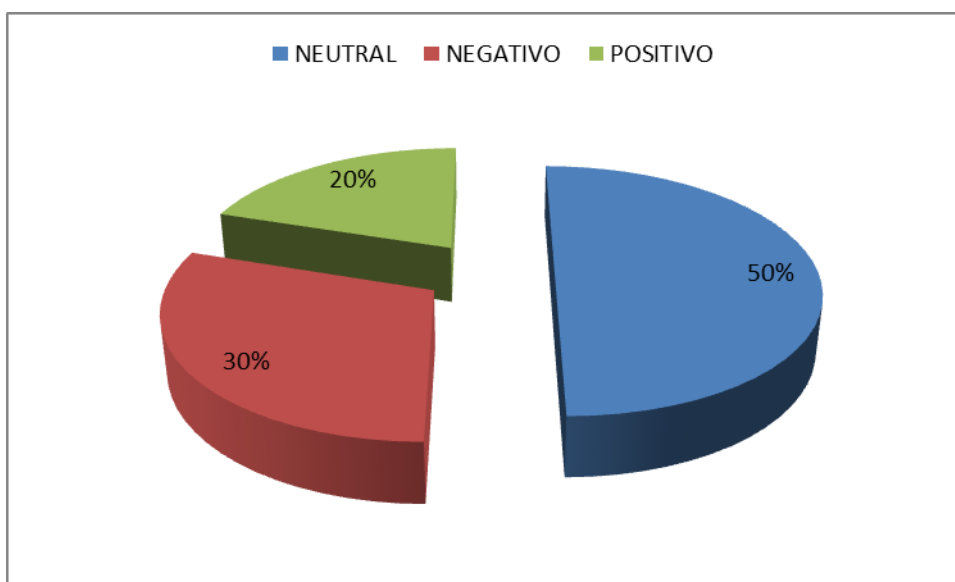
Elaboración: Zula N.

Análisis: En lo que concierne a este gráfico, el 45% de los profesionales no sienten en libertad de cuestionar a los que son de mayor autoridad, otro 45% respondió que suele darse a manera neutral, no obstante el 10% sobrante asevero que si puede cuestionar con libertad a quienes ocupen cargos de mayor autoridad.

Tabla y Gráfico N° 26: El personal tiene miedo de preguntar cuando algo aparentemente no está bien

	Frecuencia	Porcentaje
NEUTRAL	10	50,0
NEGATIVO	6	30,0
POSITIVO	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

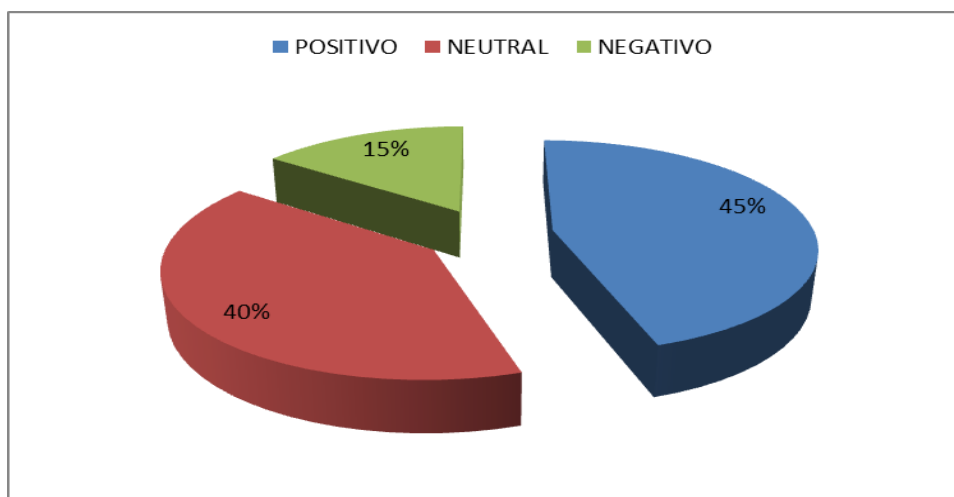
Análisis: Como se puede evidenciar, en un 50% del personal informa que existe neutralidad en este tema, en cambio el 30% respondió, que no tienen miedo al preguntar cuando algo aparentemente no está bien, sin embargo el 20% afirma si, sentir duda sobre preguntar.

Feed-back y comunicación sobre errores

Tabla y Gráfico N° 27: Se informa al personal de la unidad sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	9	45,0
NEUTRAL	8	40,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



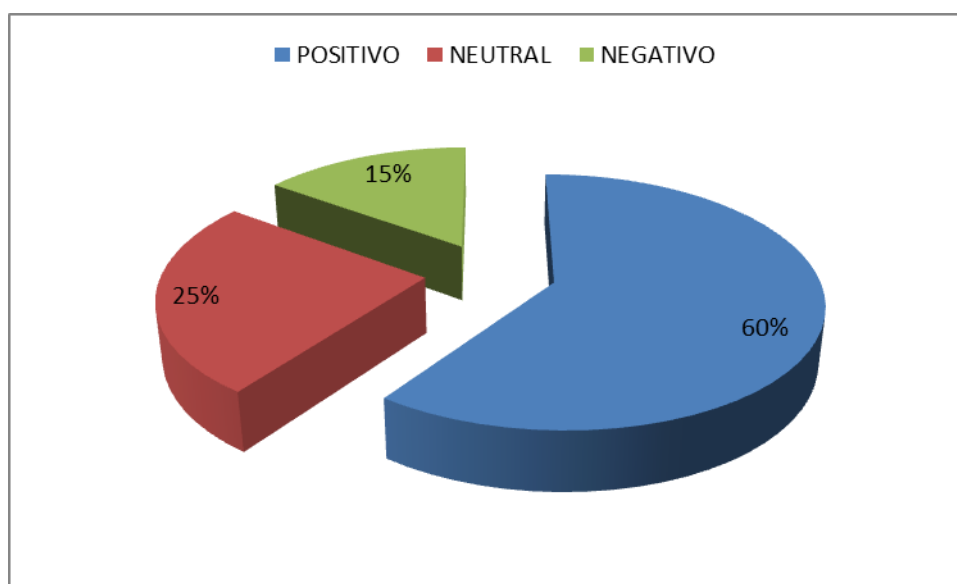
Elaboración: Zula N.

Análisis: De acuerdo a los resultados encontrados, un 45% de los encuestados alegaron que si se informan cambios realizados a partir de sucesos notificados, en cambio el 40% prefiere neutralidad el momento de contestar, por el contrario el 15% comenta que no se informan cambios realizados.

Tabla y Gráfico N° 28: Se informa al personal de la unidad sobre los errores que se cometen en esta unidad

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	12	60,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos

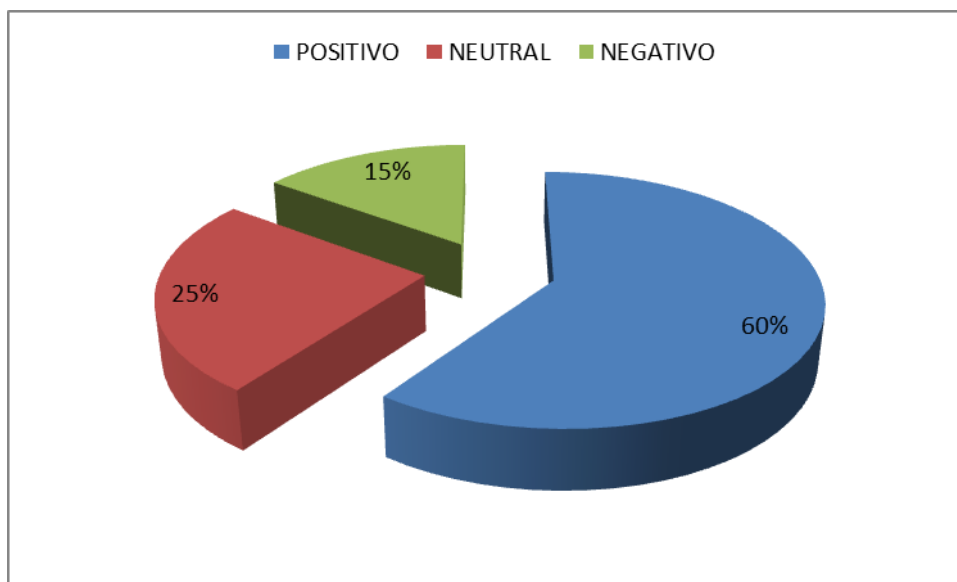


Elaboración: Zula N.

Análisis: Al consultar si se informaba al personal de la unidad sobre los errores que se cometen en esta unidad, se encontraron resultados de un 60% que participo que si se informa este tipo de acontecimiento, mientras el, 25% informo neutralidad, por otro lado un 15% respondió que no se informan los errores cometidos en la unidad.

Tabla y Gráfico N° 29: En esta unidad se discute la forma de prevenir los errores para que no vuelvan a suceder

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	12	60,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0



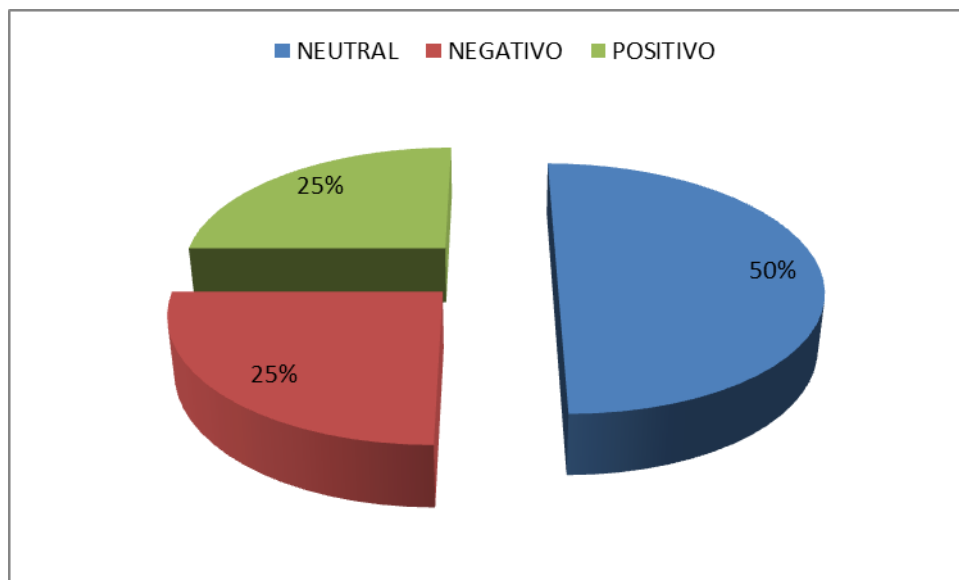
Análisis: Un 60% de los profesionales informo que si existen discusiones para prevenir errores y que estos no vuelvan a suceder, en cambio el 25% se mostró neutral, ahora bien el 15% restante notifican que no se discuten este tipo de inconvenientes.

Respuesta no punitiva a los errores

Tabla y Gráfico N° 30: El personal siente que sus errores son utilizados en su contra

	Frecuencia	Porcentaje
NEUTRAL	10	50,0
NEGATIVO	5	25,0
POSITIVO	5	25,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



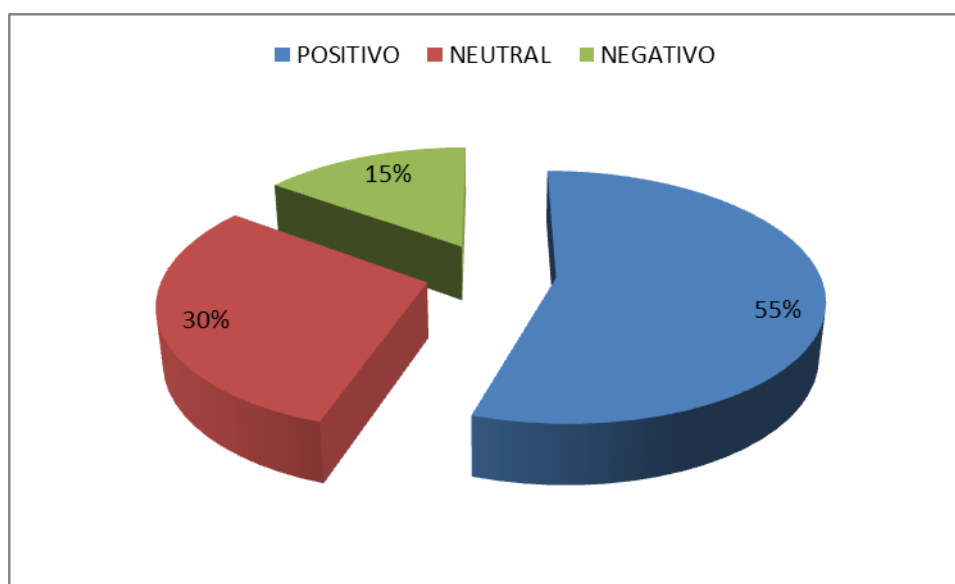
Elaboración: Zula N.

Análisis: Los resultados reflejan que un 50% de los encuestados sienten neutralidad conforme si sus errores son utilizados en su contra, por el contrario el 25% siente que sus errores si son utilizados en su contra, mientras el otro 25% restante respondió que no se usan los errores en su contra.

Tabla y Gráfico N° 31: Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	11	55,0
NEUTRAL	6	30,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



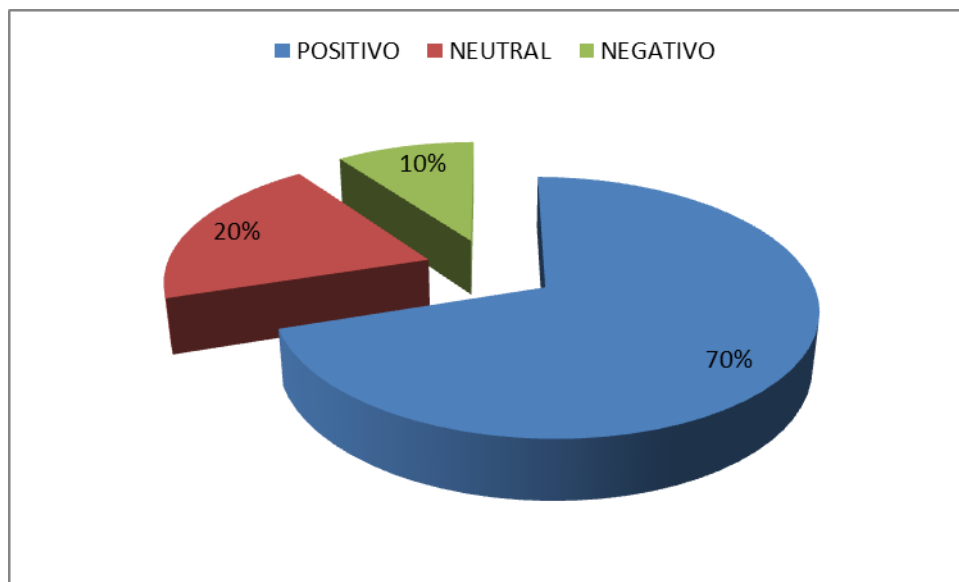
Elaboración: Zula N.

Análisis: Al plantear, si en algún evento adverso se juzga a la persona y no al problema, el 55% contestó que sí, que se los juzga a ellos y no al problema, en cambio el 30% prefiere mantenerse neutral, por el contrario el 15% siente que no, que primero se juzga a el problema y luego a la persona.

Tabla y Gráfico N° 32: Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	14	70,0
NEUTRAL	4	20,0
NEGATIVO	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

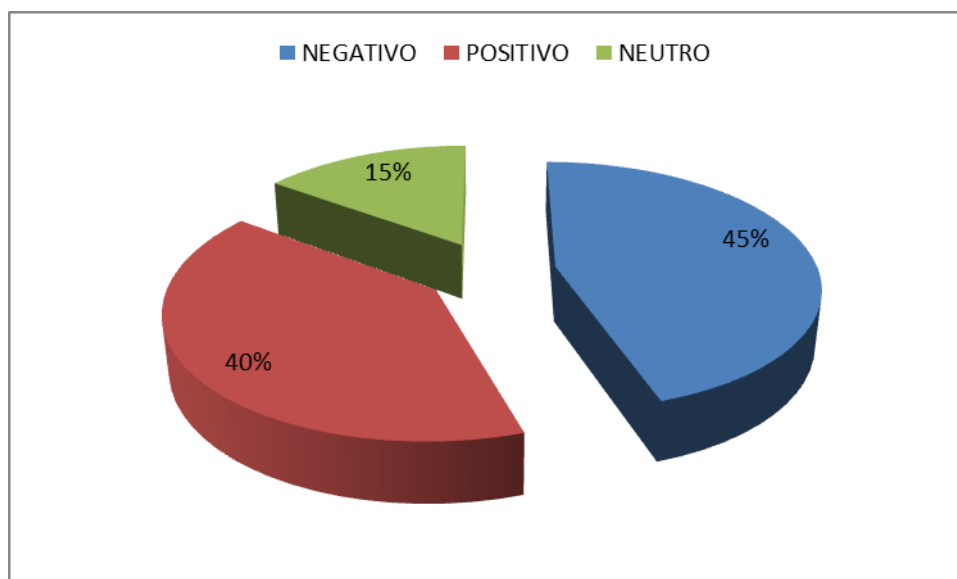
Análisis: Como se puede observar, el 70% de los profesionales respondieron que si temen que sus errores consten en los expedientes, por otro lado 20% de ellos son neutrales y el 10% restante comentan que no se sienten miedo.

Dotación de personal

Tabla y Gráfico N° 33: Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	9	45,0
POSITIVO	8	40,0
NEUTRO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



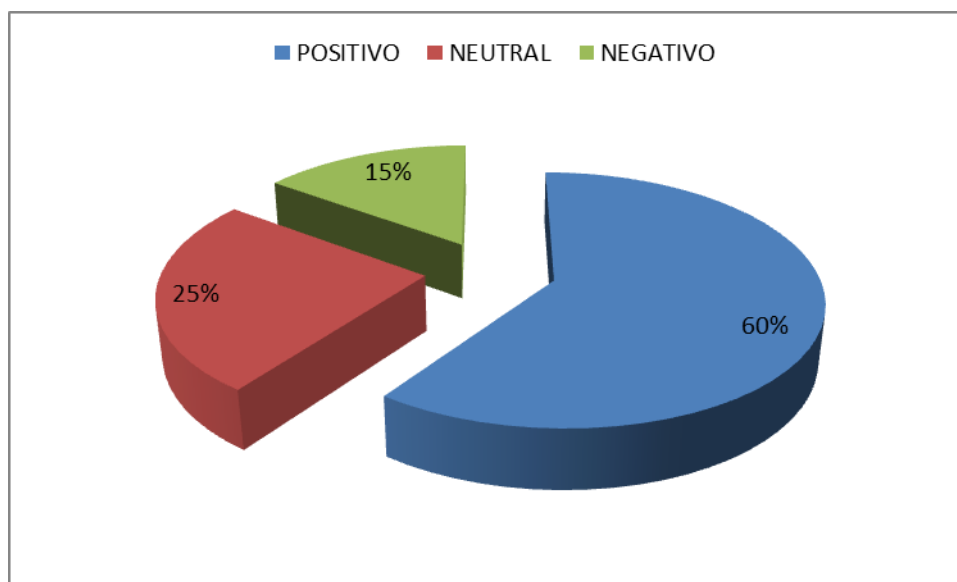
Elaboración: Zula N.

Análisis: Al plantear si existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, se encontró que un 45% alegó que no existe suficiente personal, el 40% replica que sí, hay suficientes profesionales para trabajar, mientras que el 15% se mantuvo neutral.

Tabla y Gráfico N° 34: En esta unidad se trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	12	60,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



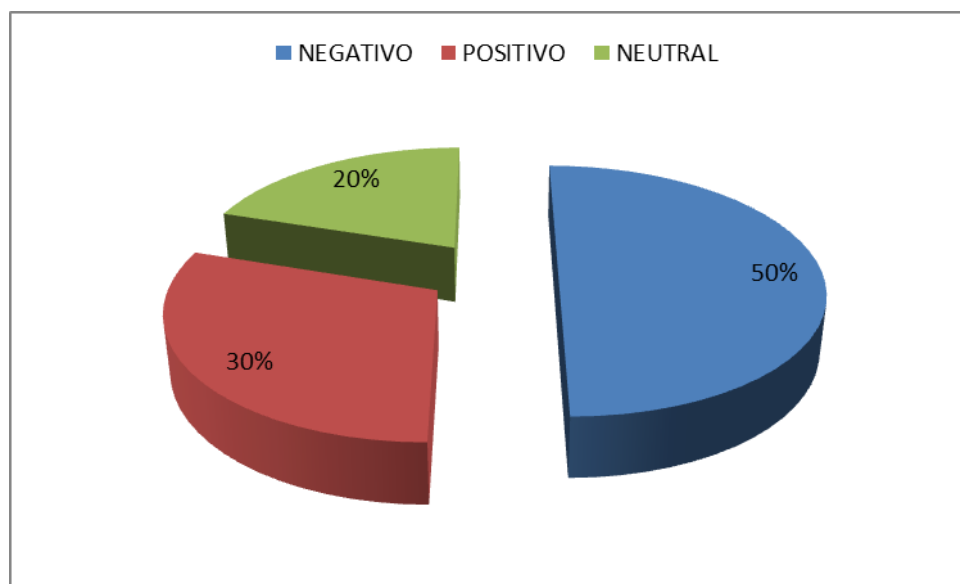
Elaboración: Zula N.

Análisis: En relación a este enunciado a este enunciado, 60% de los encuestados respondió que sí, se trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente, en cambio el 25% informo que se mantienen neutrales conforme la pregunta, por otra parte el 15% dice que no se trabaja más horas de lo necesario.

Tabla y Gráfico N° 35: Se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	10	50,0
POSITIVO	6	30,0
NEUTRAL	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



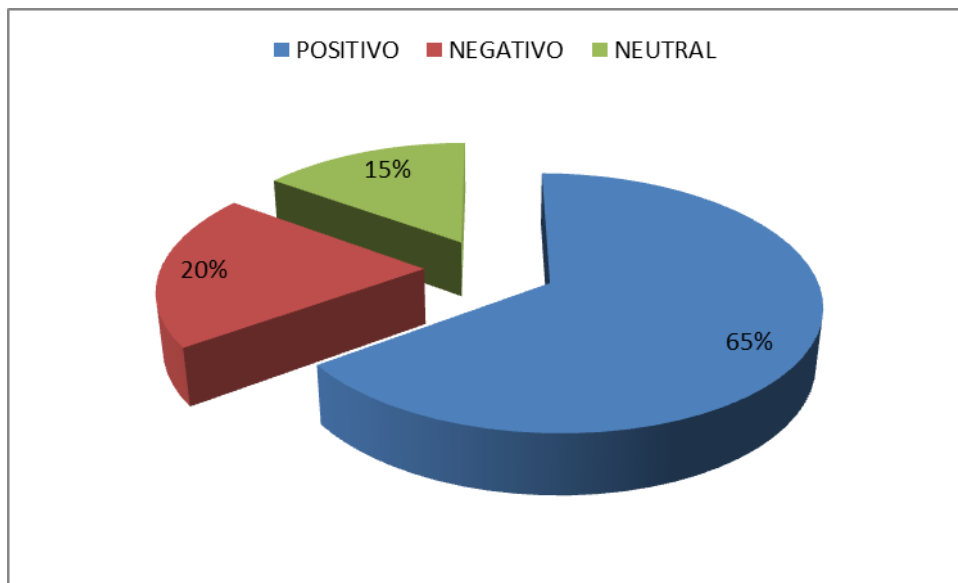
Elaboración: Zula N.

Análisis: un 50% respondió que no, se tiene más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente, sin embargo el 30% respondió que si se tiene más personal y solo el 20% se mantuvo neutral.

Tabla y Gráfico N° 36: Frecuentemente se trabaja bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	13	65,0
NEGATIVO	4	20,0
NEUTRAL	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

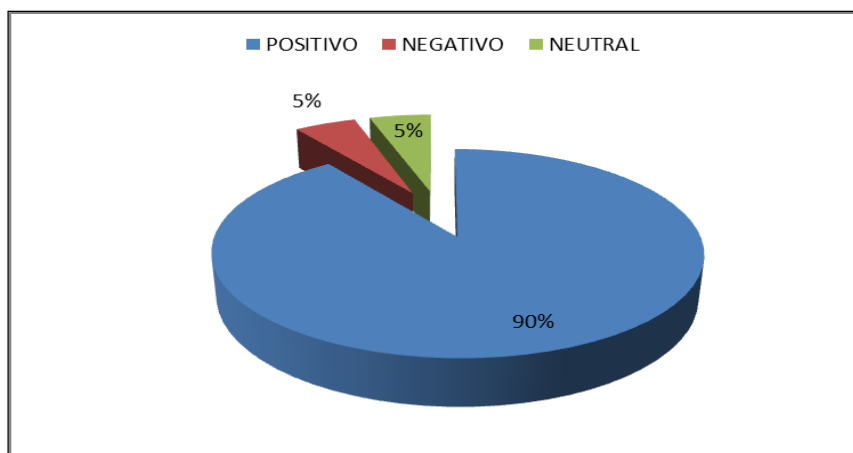
Análisis: Al plantear si frecuentemente se trabaja bajo presión tratando de hacer mucho y de manera más rápida, 65% manifestó estar de acuerdo, el 20% argumentó que no se trabaja bajo presión, y el otro 15% informó que existe neutralidad en la pregunta.

Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Tabla y Gráfico N° 37: La dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	18	90,0
NEGATIVO	1	5,0
NEUTRAL	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



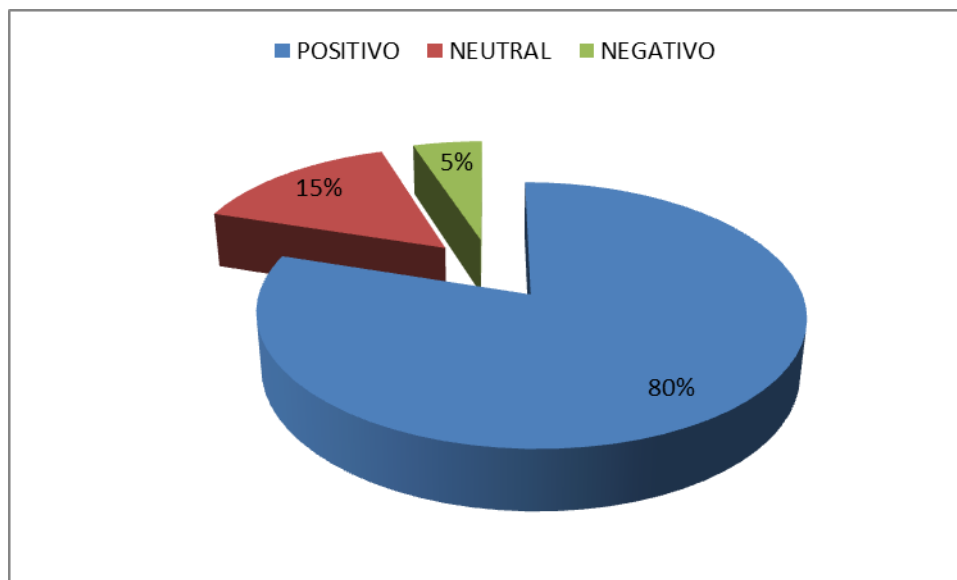
Elaboración: Zula N.

Análisis: Un 90% opino ubicarse en positivo con respecto a si la dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad, no obstante el 5% no siente que el centro propicia un buen ambiente, mientras el 5% restante prefiere ser neutral.

Tabla y Gráfico N° 38: Las acciones de la Dirección del Hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	16	80,0
NEUTRAL	3	15,0
NEGATIVO	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



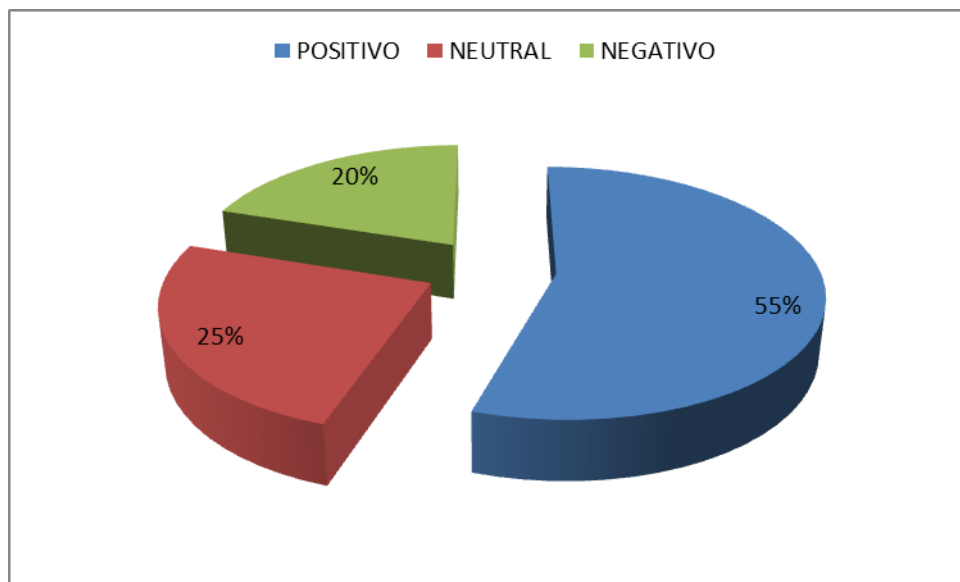
Elaboración: Zula N.

Análisis: como se puede observar el 80% dicen que las acciones de la Dirección del Hospital si muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, por otro lado el 15% se muestra neutral y el 5%, respondió que no las acciones no muestran la seguridad del paciente.

Tabla y Gráfico N° 39: La Dirección del Hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	11	55,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

Análisis: En lo que respecta a este ítem, los resultados reflejan que un 55% de los encuestados afirman que la dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso, en cambio el 25% afirma su neutralidad, sin embargo el 20% responde que no solo se interesa en la seguridad del paciente.

Dimensiones de la cultura de seguridad en relación con todo el hospital: en esta sección se analizan 2 dimensiones que agrupan a un total de 8 ítems.

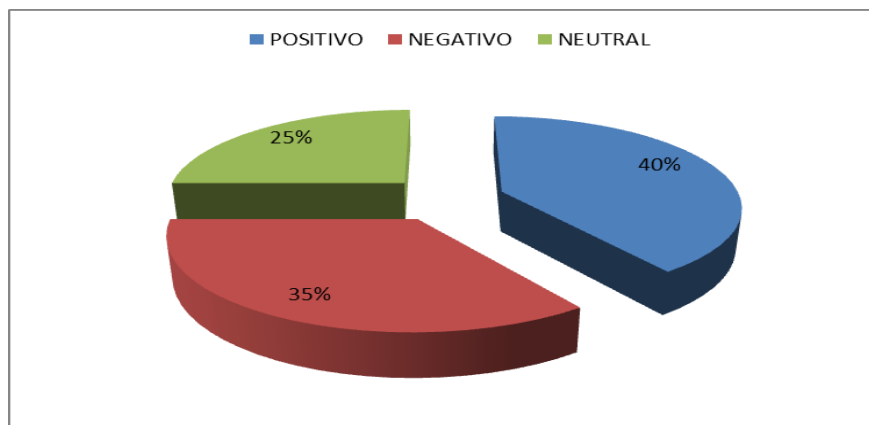
En relación a la dimensión “Trabajo en equipo entre unidades”, para el 46,25% (IC 95% 35,32 - 57,18) de los encuestados existe trabajo en equipo entre las diferentes unidades del hospital. Para el 26,25% (IC 95% 16,61 - 35,89) no lo hay.

Trabajo en equipo entre unidades

Tabla y Gráfico N° 40: Esta unidad no coordina bien con las otras unidades del hospital

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	8	40,0
NEGATIVO	7	35,0
NEUTRAL	5	25,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



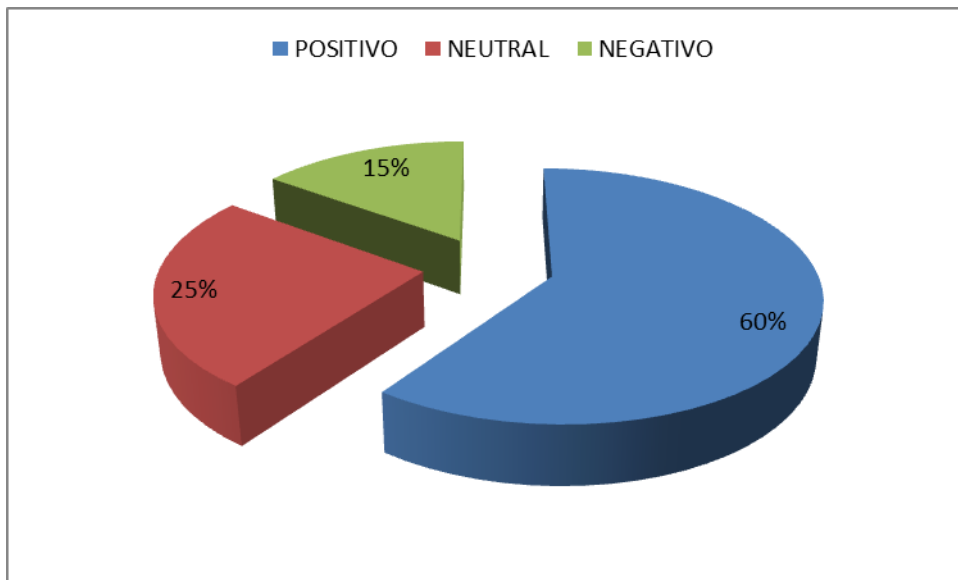
Elaboración: Zula N.

Análisis: De acuerdo a los resultados, el 40% de los profesionales afirma que la unidad no coordina bien con las otras unidades del hospital, sin embargo se encontró que un 35% informa que no sucede este tipo de inconvenientes, y el 25% restante se mantiene neutral.

Tabla y Gráfico N° 41: Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	12	60,0
NEUTRAL	5	25,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



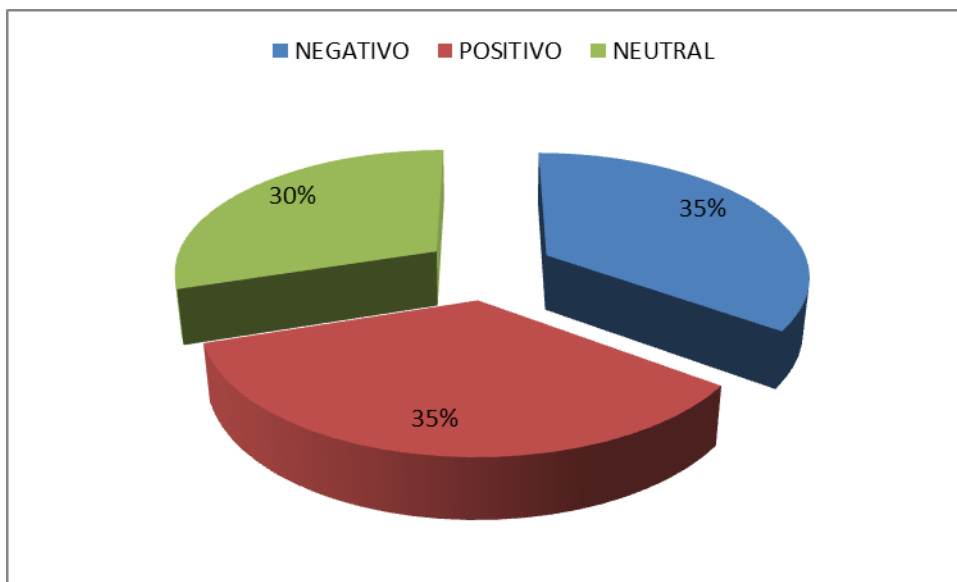
Elaboración: Zula N.

Analisis: Como se puede evidenciar en este grafico, un 60% comenta que si existe buena cooperacion entre las unidades del hospital que necesiten trabajar juntas, por otro lado el 25% dice que se da neutralmente, mientras el 15% notifican que no existe cooperacion.

Tabla y Gráfico N° 42: En esta unidad, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	7	35,0
POSITIVO	7	35,0
NEUTRAL	6	30,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



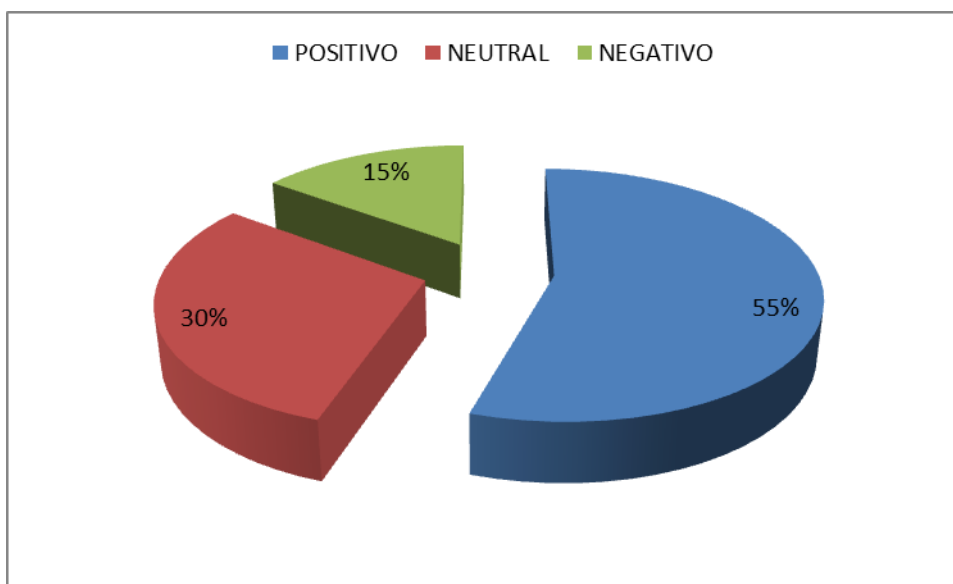
Elaboración: Zula N.

Análisis: En lo que concierne a este gráfico, el 35% de los encuestados contestó que sí, resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios, mientras que un 35% más manifestó que no resulta incómodo, sin embargo el 30% prefirió mantenerse neutral.

Tabla y Gráfico N° 43: Los servicios de este Hospital traban coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	11	55,0
NEUTRAL	6	30,0
NEGATIVO	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

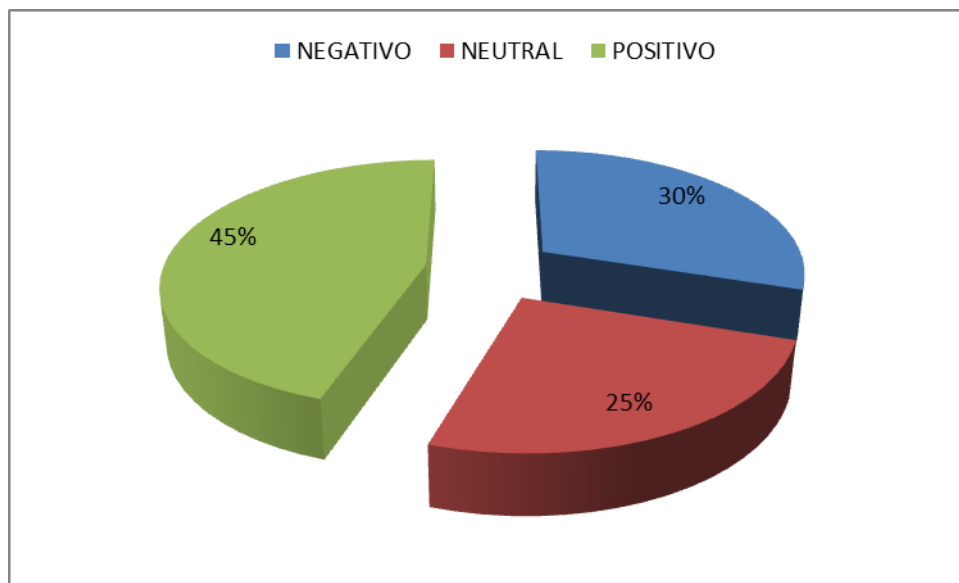
Análisis: Como se puede evidenciar, el 55% de los encuestados afirman que los servicios del hospital trabaja coordinadamente para proveer el cuidado de los pacientes, por otro lado el 30% prefiero mostrarse neutral, no obstante el 15% transmitió que no se trabaja coordinadamente.

Problemas de cambios de turno y transiciones entre servicios

Tabla y Gráfico N° 44: La información de los pacientes, se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	6	30,0
NEUTRAL	5	25,0
POSITIVO	9	45,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



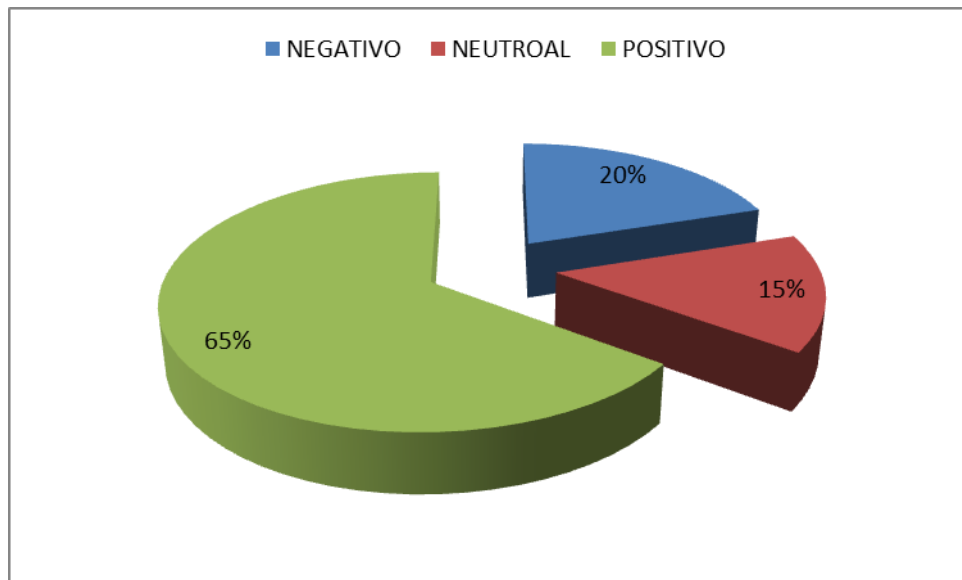
Elaboración: Zula N.

Análisis: En relación a este ítem, se observó que un porcentaje del 45% confirmó que si existe pérdida de información cuando se traslada al paciente de un servicio a otro, mientras que un 30% anuncia que no suele pasar eso, y el 25% es neutral.

Tabla y Gráfico N° 45: A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	4	20,0
NEUTROAL	3	15,0
POSITIVO	13	65,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



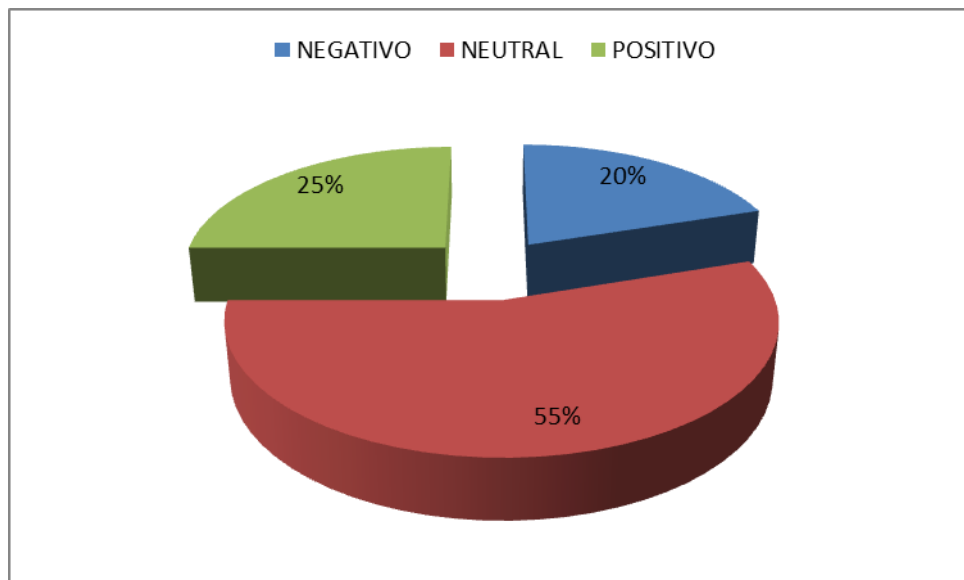
Elaboración: Zula N.

Análisis: De acuerdo a los resultados encontrados, un 65% confirman que a menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno, se encontró que un 20% dice que sucede este tipo de inconvenientes, ahora bien el 15% se ha mantenido neutral.

Tabla y Gráfico N° 46: Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	4	20,0
NEUTRAL	11	55,0
POSITIVO	5	25,0
Total	20	100,0

Fuente: base de datos



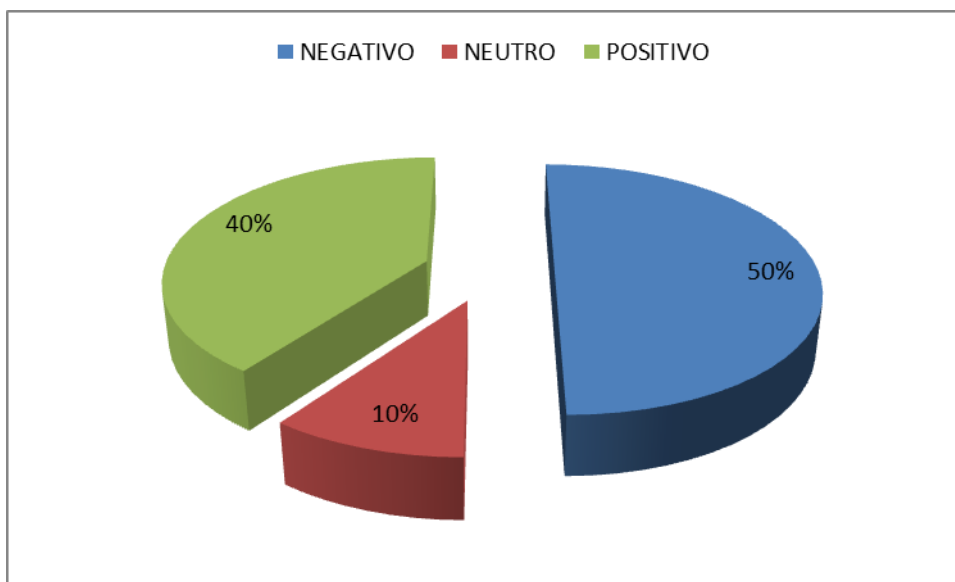
Elaboración: Zula N.

Analisis: Al consultar si con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital, se obtuvo que un 55% mantuvo neutralidad, un 25% participa que si, es un problema, mientras el 20% comenta que no.

Tabla y Gráfico N° 47: Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de este Hospital

	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO	10	50,0
NEUTRO	2	10,0
POSITIVO	8	40,0
Total	20	100,0

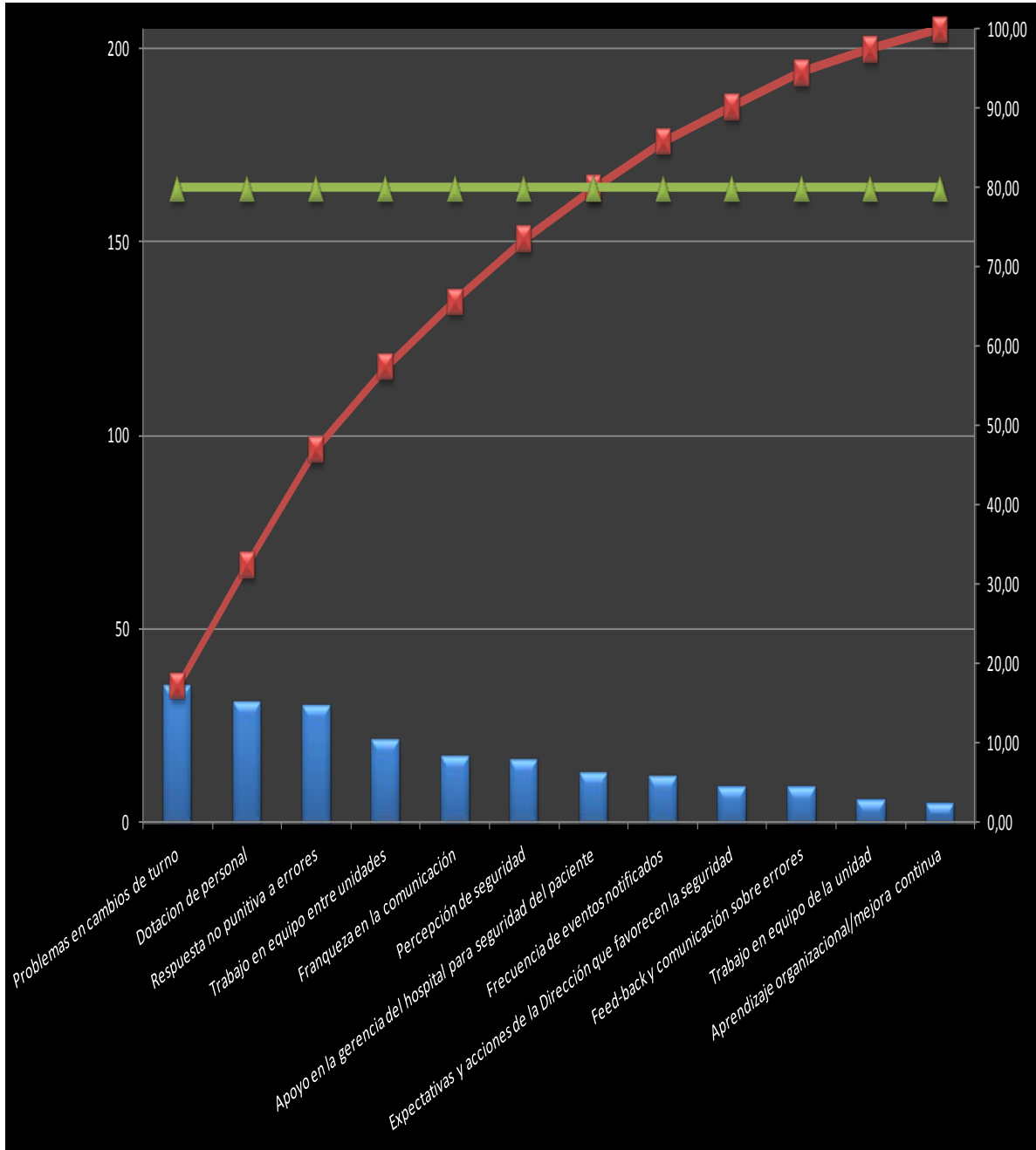
Fuente: base de datos



Elaboración: Zula N.

Análisis: Un 50% de los encuestados, mostro que no es un problema el cambio de turnos para el paciente, por el contrario el 40% contesta que si es un problema, y el 10% anuncia su neutralidad.

Tabla y Gráfico N° 48: Gráfico de Pareto de las Dimensiones De La Cultura De Seguridad Del Paciente



4.2. Discusión

En el presente estudio se ha establecido una línea de base sobre la cultura de la seguridad del paciente en el servicio de emergencia, que puede ser el punto de partida para llevar adelante procesos de mejora continua que permitan desarrollar condiciones seguras en la atención a los pacientes.

Hubo una muy buena predisposición por parte del personal encuestado para contestar las preguntas, creándose una gran expectativa para construir y consolidar este complejo proceso de cultura de seguridad para los pacientes.

Existe un compromiso internacional liderado por la OMS para promover la seguridad del paciente. Esta Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha emprendido estudios para determinar la frecuencia y el tipo de eventos adversos en más de 30 hospitales de países en desarrollo y con economías en transición.

Estas investigaciones contribuyen a visualizar el problema existente respecto a la seguridad de los pacientes, lo cual permite promover medidas concretas orientadas a disminuir los riesgos y a fortalecer las capacidades locales en investigación, la cual aporta con valiosa información sobre este problema.

En el año 2008, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente conjuntamente con el Ministerio de Sanidad de España establecen un proyecto multinacional llamado IBEAS, en colaboración con los ministerios de salud de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. (OMS, 2008)

El estudio patrocinado por el Ministerio de Sanidad Español llamado “Análisis de la Cultura sobre Seguridad del Paciente en el ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español”, se realizó en 24 hospitales de diferente nivel de complejidad distribuyéndose 6257 cuestionarios.(Saturno, 2008)

A pesar de la gran diferencia en los sujetos de estudio, la presente investigación realizada en la unidad de emergencias del Hospital de los Valles, obtiene resultados aproximados con la investigación española.

En la Unidad de emergencia del Hospital de los Valles se encuentran dos fortalezas importantes que superaron el 75% de respuestas positivas en preguntas positivas; la una corresponde a la dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua”, y existe en esta dimensión un ítem cuyas respuestas positivas fueron del 95%, que es: “cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir”. En el estudio español también se identificaron dos fortalezas, y esta misma dimensión obtuvo el 76,8% de respuestas positivas. En el estudio llevado a efecto por Barbosa-Ramírez y col. (2008), sobre el establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario de Bogotá, el ítem en cuestión obtuvo el 71,13% de respuestas positivas.

El otro aspecto que constituye una fortaleza en el presente estudio es el relacionado con “el trabajo en equipo en la unidad de emergencia” el cual obtuvo el 82,5% de respuestas positivas. En el estudio español también esta dimensión se constituye como fortaleza con el 78,2% de respuestas positivas. En el estudio realizado en el Hospital Universitario de Bogotá, esta dimensión obtuvo el 66,36% de respuestas positivas.

En esta dimensión es importante destacar que el ítem “en esta unidad el personal se trata con respeto” obtuvo el 100% de respuesta positivas en el estudio llevado a cabo en el Hospital de los Valles, en el estudio español para este ítem hubo el 66,7% de respuestas positivas, en cambio, en el estudio del Hospital Universitario de Bogotá se obtuvo el 75,77% de respuestas positivas.

En el presente estudio no se pudieron encontrar debilidades (oportunidades de mejora) con la fórmula empleada, sin embargo al realizar el gráfico de Pareto se

encontró que 4 dimensiones producen el 60% de los problemas, estos son los relacionados con cambios de turno, poca dotación de personal, respuesta punitiva a errores y falta de trabajo en equipo entre unidades. Los problemas sobre dotación de personal y falta de trabajo en equipo entre las Unidades o Servicios coinciden con lo encontrado también en la investigación del Sistema de Salud Español.

Para da Silva Gama y col. (2013) en un estudio realizado sobre “Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles”, de igual manera la dotación de personal y la falta de trabajo en equipo entre Unidades/Servicios, constituyen el principal problema, coincidiendo en este aspecto con los resultados obtenidos por la presente investigación.

4. 3. Conclusiones

Con los resultados obtenidos al aplicar este instrumento se pudo construir una línea de base en la que se pueden observar muy claramente las fortalezas que tiene la Unidad estudiada, así como las debilidades o problemas que deben ser atendidos de manera prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes.

El instrumento aplicado al personal de enfermería de la Unidad de Emergencias del Hospital de los Valles, desarrollado y validado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos es muy versátil y objetivo ya que permitió, de manera objetiva medir el grado de cultura sobre seguridad del paciente.

Según los datos estadísticos en este estudio el 85% del personal que trabajan en el servicio de emergencias son mujeres, esto se debería a que en el pasado la profesión de Enfermería fue considerado solo para mujeres y una carrera no digna en la sociedad, pero actualmente vemos que en la diferentes Universidades del país existen compañeros hombres estudiando y también ejercen esta digna profesión en las diferentes instituciones privadas y públicas del país.

Del análisis del cuestionario AHRQ se encuentran dos fortalezas importantes que superaron el 75% de respuestas positivas en preguntas positivas; la una corresponde a la dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua”, en esta dimensión hay un ítem cuyas respuestas positivas fueron del 95%, que es: “cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir”; y la otra se relaciona con “el trabajo en equipo en la unidad de emergencia” el cual obtuvo el 82,5% de respuestas positivas, esto significa que como es una institución privada la atención que se pretende brindar es de calidad por lo que los directivos se preocupan en realizar cursos de actualización en enfermería sobre todo en atención al cliente a todo el personal del Hospital de los Valles, de igual forma se cuida la imagen del hospital.

Se encontró además que hay 4 dimensiones que producen el 60% de los problemas, estos son los relacionados con cambios de turno, la causa sería a que el paciente en el servicio de emergencias está en constante movimiento por los diferentes exámenes y procedimientos que tiene que realizarse esta es la razón que en ocasiones el personal de enfermería se presta a confusiones de pacientes, en los cambios de turnos, la poca dotación de personal también es un problema dentro de la seguridad del paciente ya que repercute en la calidad de atención, respuesta punitiva a errores y falta de trabajo en equipo entre unidades, cabe mencionar que es uno de los problemas más relevantes en el hospital porque los directivos hacen distinción entre un profesional y otro.

Es verdad que según la fórmula utilizada para la tabulación de datos en este trabajo es una fortaleza la notificación de eventos adversos con un 55%, pero también es preocupante porque las respuestas negativas y neutras suman el 45%, por lo tanto significa que el personal del servicio de emergencias no reportan los errores ocurridos, esto se debe tal vez a miedo a represalias contra el personal por parte de los directivos del hospital.

4. 4. Recomendaciones

Como producto de nuestro estudio se realizó la medición de cultura de seguridad de los pacientes se debería realizar al menos una vez al año, siguiendo las recomendaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente promovida por la Organización Mundial de la Salud.

Pese al número de encuestas realizadas, los resultados son consistentes porque al compararlos con otros estudios más voluminosos en cuanto al número de encuestas y unidades de salud, se han obtenido casi los mismos resultados, por lo que se debería aplicar este instrumento a nivel de toda unidad de salud, dadas sus ventajas en la obtención de resultados objetivos.

Prioritariamente hay dos aspectos positivos que deben fortalecerse dentro del personal de enfermería; y otros dos que deben ser considerados como oportunidades de mejorar. Los aspectos a ser reforzados son: la puesta en marcha de medidas para evitar que algún otro evento adverso pueda ocurrir, y, el trabajo en equipo de las enfermeras en la unidad de emergencias.

En el caso de la oportunidades de mejora, los directivos del Hospital deben diseñar muy cuidadosamente un plan para mejorar la dotación de personal y establecer estrategias para mejorar la comunicación entre el personal de las diferentes unidades y servicios de esa casa de salud.

Es necesario realizar protocolos de seguridad del paciente con cuidados de enfermería para que el personal nuevo que ingreso al servicio de emergencias conozca ampliamente los objetivos del servicio.

Todos los eventos adversos deben ser notificados sin excepción mediante esto se podrá lograr obtener datos estadísticos reales y por ende la mejora será más eficaz.

Los errores que se reportan por el personal y por el paciente se deben socializar con todo el personal del servicio de emergencias así de esta manera evitar complicaciones para el paciente.

Este tipo de investigaciones se debe realizar a nivel de hospitales públicos, donde no existe estudios y la aplicación de la seguridad de los pacientes es nula o mínima, ya que en la actualidad con la nueva ley se la salud todo el personal sanitario estamos expuestos a cualquier tipo de demanda que el paciente lo realice.

CAPÍTULO V

5.1 Introducción del Plan de Mejoras

El plan de mejoras se lo utilizara como un potente instrumento para la consolidación en procesos de cambios que permitirán, construir una visión compartida acerca del compromiso que posibilitara el desarrollo de acciones, las cuales se conducirán hacia el mejoramiento.

El objetivo de proponer un plan de mejora es poder optimizar la seguridad de los pacientes durante la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de los Valles Quito, así como el poder resolver las problemáticas encontradas.

Obteniendo constancia de los resultados que se han adquirido por medio de los métodos empleados para detectar las principales causas que afectan la Seguridad de los Pacientes, proponemos a continuación un Plan de Mejoras.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo general

Mejorar la calidad de atención por parte del personal de enfermería del servicio de emergencia del “Hospital de los Valles” Quito.

5.2.2. Objetivos Específicos

- Formar un comité de mejoramiento que trabaje en la atención y los métodos del personal de enfermería hacia los pacientes.
- Elaborar una guía de supervisión sobre el cumplimiento del personal de enfermería del servicio de emergencia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE LOS VALLES QUITO

Plan de mejoras para logro de la seguridad del paciente

N.-	Medida	Acciones	Responsable	Plazo
1.	Promover la cultura de seguridad en el servicio de emergencias del hospital de los valles Quito.	1- Realizar actividades de formación continua a todo el personal de salud que trabajan en el servicio de emergencias.	Jefe de enfermería	Mediano
		2- Organizar una jornada anual sobre seguridad del paciente dirigida a sensibilizar a los directivos y profesionales, difusión de resultados y compartir experiencias.	Gerente del hospital Jefe de enfermería	Mediano
		3- Facilitar información y formación básica y obligatoria sobre seguridad del paciente a todo el personal nuevo que ingresa al servicio de emergencias	Gerente de enfermería Jefe de enfermería del área	Permanente
		4- Las actividades para la mejora de la seguridad de los pacientes formen parte de la actividad habitual de todos los profesionales y el tiempo dedicado a ella tenga el mismo valor dedicado a la atención del paciente	Jefe de enfermería del área de emergencias	Corto
2.	Mejorar la seguridad del paciente	1. La jefa de enfermería adaptara el Plan de Acción de acuerdo a las necesidades detectadas en el área de emergencias, como complemento a las líneas de actuación comunes, marcando objetivos específicos evaluables.	Jefe de enfermería	Corto

		2. Conseguir una adecuada coordinación entre diferentes servicios.	Jefe de enfermería	Corto
		3. Elaborar protocolos de seguridad del paciente	Jefe de enfermería Personal de enfermería y auxiliares Personal medico	Mediano
		Establecer normas de obligado cumplimiento, basado en buenas prácticas.	Jefe de enfermería Personal de enfermería y auxiliares	Corto
		5.- Plena implementación y funcionamiento del sistema de Notificación de eventos adversos.	Jefe de enfermería Personal de enfermería y auxiliares	Permanente
3	Fomentar la participación del paciente	Se potenciarán los estudios sobre las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios y los informes sobre encuestas de satisfacción, con el fin de conocer su percepción e identificar oportunidades de mejora.	Personal de enfermería	Permanente
4	Realizar investigación sobre seguridad del paciente	Realizar estudios de coste de la no seguridad difundir a todos los profesionales de salud.	Personal de enfermería	Mediano
		Estimular que realicen trabajos de investigación aplicada a la seguridad de los pacientes en el servicio de emergencias	Personal de enfermería	Mediano

5	Orientar toda la estructura y organización del servicio de emergencias hacia la seguridad del paciente	Implementar en el hospital un comité de seguridad del paciente.	Director de servicios de emergencias Personal medico Personal de enfermería y auxiliares	Mediano
		Incluir los indicadores de seguridad del paciente en el nivel de liderazgo	Director de servicios de emergencias Personal medico Personal de enfermería y auxiliares	
		Implementar la seguridad del paciente como es la identificación del paciente, higiene de manos, prácticas seguras y otros, como objetivo prioritario en todos los procesos y procedimientos	Director del servicio de emergencia Personal medico Personal de enfermería	Mediano
6	Establecer distintas formas de reconocimiento que permitan al personal mayor motivación al realizar su trabajo.	Promover distintas maneras de reconocimiento moral o material, determinadas en periodos mensuales, trimestrales y anuales, para estimular al personal y obtener mejores resultados en la seguridad del paciente.	Director del Hospital	Permanente

7	Reducir los niveles de stress en lo posible	Proponer jornadas de trabajo no más de 6 horas diarias	Director del servicio de emergencia Personal medico de enfermería	Corto
		Promover al personal médico y de enfermería, a que organicen el tiempo a utilizar en cada paciente.	Personal medico de enfermería	Mediano
		Informar correctamente al personal, para evitar rumores e incertidumbre entre los profesionales y los pacientes.	Director del servicio de emergencia Personal de enfermería	Permanente
8.-	Trabajar con profesionalidad	Mantener las conferencias para que los profesionales respondan de mejor manera el momento de brindar sus servicios en el área de emergencia.	Director del servicio de emergencia	Corto

5.3. Conclusiones

- El plan de mejoras ayudara a la complementación en la organización de la seguridad de los pacientes durante la atención de enfermería en el servicio de emergencia, como un punto importante.
- Se han creado acciones dirigidas a mejorar la satisfacción del paciente que ha sido atendido por los profesionales de enfermería, haciendo que estos a su vez brinden prioridad a la seguridad de los mismos.
- Las acciones que se han mencionada en el plan de mejoras, son eficaces y operables, para realizarlos en los plazos previstos.

5.4. Recomendaciones

Los directivos del hospital verán si es factible poner en práctica este plan de mejora para la seguridad del paciente.

- Realizar talleres junto a los Directivos del servicio de emergencia y Jefes de Enfermería con el fin de acordar las conveniencias y vías para la aplicación del plan de mejoras propuesto.
- Realizar reuniones entre el personal de enfermería y jefes de enfermería que trabajan en el servicio de emergencia para la discusión de resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Arenas Gutiérrez, W. A., Mateus Galeano, E. M., Garzón Salamanca, J., & González Vega, L. A. (2010). *Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá/Patient safety culture of nursing staff in third level institutions in Bogota*. (Tesis para optar por el título de enfermera), Universidad Nacional de Colombia.
- Bañeres, J. (2010). La seguridad en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 22(2).
- Barbosa-Ramírez, L., Cárdenas-Clavijo, E., García-Castillo, L., More-Paz, L., & Muñoz-Ortega, M. (2008). Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1, 18-28.
- Benavent, E., Garcés, M. A. B., Ferrandis, E. F., Francisco, C., & Rey, C. F. (2008). *Fundamentos de enfermería: Difusión Avances de Enfermería*.
- Blanca-Gutiérrez, J., Aranda-Marín, D., Ramirez-Pérez, M. Á., & DelgadoReyes, M. El producto enfermero en un servicio de urgencias. *Enfermeríadeurgencias.com*(59).
- Cooper Ph.D, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111-136. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)
- Da Silva-Gama, Z. A., De Souza-Oliveira, A. C., & Saturno-Hernández, P. J. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles; Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals; Cultura de segurança do paciente e fatores associados em uma rede de hospitais públicos espanhóis. *Cad. saúde pública*, 29(2), 283-293.

- Devers, K., Pham, H., & Liu, G. (2004). What is driving hospitals' patient-safety efforts? *Health Affairs*, 23(2), 103-115.
- Ferrandis, E. F., & Garcés, A. B. (2008). Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC.
- García-Palacios, R., Tejuca-Marenco, M., Tejuca-Marenco, A., Carmona-Valiente, M., Salces-Sáez, E., & Fuentes-Cebada, L. (2002). Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NOC y NIC. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, (17), 69-72. http://scholar.google.es/scholar?q=descripcion+y+analisis+de+las+clasificaciones+nanda+noc+y+nic&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Gómez-Ramirez, O., Soto-Gámez, A., Arenas-Gutiérrez, A., Garzón-Salamanca, J., González-Vega, A., & Mateus-Galeano, É. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. A current description of the patient safety culture. Uma olhada atual da cultura da segurança do paciente. *AVANCES EN ENFERMERÍA*, 29(2), 363-374.
- Ibarra-Cerón, M. E., Olvera-Sumano, V., & Santacruz-Varela, J. (2011). Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca Analysis of patient safety culture in Oaxaca's High Specialty Regional Hospital. *CONAMED*, 16(2), 65-73.
- INEC. (2012). *Anuario de la estadística de recursos y actividades de salud 2012*. Ecuador.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human:: Building a Safer Health System*: National Academies Press.
- Maddox, P., Wakefield, M., & Bull, J. (2001). Patient safety and the need for professional and educational change. *Nursing outlook*, 49(1), 8-13.

- Miret, C., & Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33(Suplemento 1), 193.
- NHS. (2004). *Seven steps to patient safety*. National Patient Safety Agency.
- OMS. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*.
- Orellana-Carrasco, R., Zájara-Porras, M., Shevnina, N., Rojas-Quero, M., Báez-Cabeza, A., & Pérez-Montaut Merino, I. (2009). Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 21(6), 415-421.
- Ramírez-Tabales, C., & Téllez-Ortiz, S. (2012). Aplicación taxonómica: NANDA, NIC y NOC en los planes de cuidados de enfermería. In McGRAW-HILL (Ed.), *Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC* (Primera ed.).
- Saturno, P., & Terol-García, P. (2008). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español*. Agencia de calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional del Buen Vivir*: Ecuador.
- Suñol, R., & Bañeres, J. (2003). Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*, 14(4), 265-269.
- Téllez Ortiz, S., & García Flores, M. (2012). *Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC y NOC*. (M.-H. Educación Ed.): Mexico.
- Tomás, S., Chanovas, M., Roqueta, F., Alcaraz, J., & Toranzo, T. (2010). EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*, 22(6), 415-428.

- Tomás, S., Chánovas, M., Roqueta, F., & Toranzo, T. (2012). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. *Emergencias*, 24(3), 225-233.
- Tomás, S., & Gimena, I. (2010). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias Patient safety in emergency care. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33(Suplemento 1), 131-148.
- Varela-Santacruz, J., & Rodríguez-Suárez, J. (2011). *Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos*. OPS/OMS.

ANEXOS

ANEXO 1: GLOSARIO

GLOSARIO

Accidente.- El accidente todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

Calidad.- Es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión.

Competencia.- Es la capacidad de hacer algo con éxito

Cuidado.- Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

Cultura.- La cultura es la identidad compartida por un pueblo o una nación y proporciona el telón de fondo necesario para comprender la forma de vivir y ver el mundo de sus gentes. Como las culturas se desarrollan de forma diferente, es lógico que al comunicarse unas con otras aparezcan ciertas barreras y dificultades causadas por dichas diferencias.

Cultura de seguridad.- Es el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el

compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad.

Daños.- La palabra daño proviene del latín *damnum* que significa provocar dolor o perjuicio. Esta palabra la usamos cuando algo que se encuentra en perfecto estado, recibe algún tipo de golpe o fuerza externa que lo perjudica y dependiendo de la magnitud del daño, este elemento que sufrió el deterioro puede detener sus funciones hasta que se solucione el daño.

Emergencias.- según la OMS es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.

Enfermería.- La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Error.- es una acción desacertada o equivocada.

Evento Adverso.- Alteraciones en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente causadas por un suceso natural o generado por la actividad humana.

Iatrogenia.- también llamado acto médico dañino, es el acto médico debido, del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente.

Incidente.- Suceso acontecido en el curso del trabajo o en relación con éste, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin

que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.

Omisión.- Abstención de hacer o decir algo. Dejar de hacer alguna cosa que se supone debería hacerse.

Paciente.- En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Riesgo.- El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad.

Urgencias.- Según la OMS es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas.

ANEXO 2: Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente

Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente

Encuesta a personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente. Adaptada de:
Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos en contestarla. Sus respuestas son anónimas.

Definiciones:

- Un “**suceso**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, efecto adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no.
- “**Seguridad del paciente**” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o

Sexo: _____

Edad: _____

Tiempo de trabajo en el Hospital: _____

Tiempo de trabajo en el servicio de emergencias: _____

Horas a la semana de trabajo en el servicio de emergencias: _____

Grado académico: _____

Experiencia profesional: _____

Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

En esta evaluación, piense en su el servicio de emergencias como área de trabajo principal suya.

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad					
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el					
8. El personal siente que sus errores son utilizados en					
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva					

10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en					
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y					
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes,					
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo					
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten					

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo		
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de					

Sección B: Su Jefe/Supervisor

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

			Ni de acuerdo ni en		
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los					
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la					
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior /jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a					
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra					

Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que					
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente al					

Piense acerca de su servicio/unidad/área de trabajo en su centro.	Nunc	Rara	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor					
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a					
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					

Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el servicio/unidad/área de	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al					
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente,					
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo					

Sección E: Grado de Seguridad del Paciente

Por favor, déle a su servicio/unidad/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo

Sección F: Su Hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su centro. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del					
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan					
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un					
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.					
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de					
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con					
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este					
8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente					

9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después					
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los					
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.					

Comentarios

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o efectos adversos en su centro (puede añadir más páginas si lo necesita)

**Gracias por completar este cuestionario,
Su ayuda será muy útil para saber más sobre la
seguridad de los pacientes.**

Persona de contacto para cualquier aclaración: Norma Zulín Majín (Investigadora Principal)



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

<i>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA</i>		
<i>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</i>		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: “SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA ATENCION DE LA ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE LA CIUDAD DE QUITO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014”		
AUTORA: LCDA. NORMA CECILIA ZULA MAJIN	TUTORA: LCDA. ISABEL HERNÁNDEZ GUERRÓN REVISORA: LCDA. SONIA GÓMEZ DE CHAN	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MEDICAS		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 21 ENERO 2015	No. DE PÁGS: 108	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES, EVENTOS ADVERSOS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA: NANDA, NIC, NOC.		
RESUMEN: Los servicios de emergencias de los hospitales son áreas asistenciales donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos que afectan grandemente la seguridad de los pacientes. El objetivo de este trabajo fue establecer la línea de base de la cultura de seguridad de la atención al paciente por el personal de enfermería en la Unidad de emergencias del Hospital de los Valles, se aplicaron 20 encuestas del cuestionario desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos. Este cuestionario mide las creencias y actitudes del personal encuestado a través de 12 dimensiones que son: frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de los directivos de emergencias que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en el servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades y, problemas de cambios de turno y transiciones entre servicios. Por las características del estudio, se realizó un diseño cuantitativo con variables cualitativas, prospectivo, observacional y transversal. Los resultados se analizaron en el programa Excel y en el estadístico SPSS v18. Se calcularon valores descriptivos de tendencia central, de variabilidad y posición; frecuencias y gráfico de Pareto. Los valores fueron calculados con su respectivo intervalo de confianza al 95%. Del análisis del resultado se encuentran dos fortalezas importantes que superaron el 75% de respuestas positivas en preguntas positivas; la una corresponde a la dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua”, y existe en esta dimensión un ítem cuyas respuestas positivas fueron del 95%, que es: “cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir”; y la otra se relaciona con “el trabajo en equipo en la unidad de emergencia” el cual obtuvo el 82,5% de respuestas positivas. Concluimos diciendo que existen fortalezas y debilidades en el personal de enfermería por eso es necesario el plan de mejora continua.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):		No. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:0981905719	E-mail:normazula@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	