



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD**

**Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos  
adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte  
Echegaray – ESSALUD, Trujillo 2021**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Tinedo Lopez, Judith Ivon ([orcid.org/0000-0003-0048-9283](https://orcid.org/0000-0003-0048-9283))

**ASESORA:**

Dra. Guzmán Avalos, Eliana Jackeline ([orcid.org/0000-0003-2833-5665](https://orcid.org/0000-0003-2833-5665))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

TRUJILLO – PERÚ

2022

## **Dedicatoria**

El presente trabajo es dedicado principalmente a Dios, por ser mi inspirador, mi esperanza y fuente de fe, por darme la fuerza para continuar en este camino y obtener la meta trazada.

A mi esposo Enrique, por su amor, trabajo, paciencia y sacrificio en todos estos años, gracias por darme tu mano, ser mi soporte y ejemplo de lucha.

A mis hijos Dylan, Joel y Bryssa por su comprensión de sacrificar momentos a su lado, por su apoyo y espera paciente en todo este tiempo.

A mi madre Haydée por seguir siempre ahí, por tus mágicos consejos que me hacen mejor persona y tu apoyo incondicional que me acompaña siempre.

A mis hermanos David y Luis por estar siempre presentes en mi vida.

A Nancy por tu apoyo tolerancia y amistad.

## **Agradecimiento**

Mi agradecimiento a todas las personas que hicieron posible esta investigación, amigos que me brindaron su apoyo, y toda persona que de alguna manera estuvo presente en algún momento durante la realización del presente estudio.

### **A mi docente y tutora Dra. Eliana Guzmán.**

Quien con paciencia y perseverancia encausó mi trabajo, con sus conocimientos y con el firme propósito de culminar esta investigación.

## Índice de contenidos

<b>Caratula</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Índice de contenidos</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>v</b>
<b>Resumen</b>	<b>vi</b>
<b>Abstract</b>	<b>vii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>13</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5. Procedimientos	20
3.6. Método de análisis de datos	20
3.7. Aspectos éticos	21
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>28</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>32</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>38</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Seguridad del paciente según percepción de los profesionales de la salud del centro quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte.	24
<b>Tabla 2.</b> Prevención de eventos adversos según percepción de los profesionales de la salud del Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte.	24
<b>Tabla 3.</b> Percepción de la Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos.	25
<b>Tabla 4.</b> Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos	26

## Resumen

El presente estudio determinó la relación entre cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021. Se realizó un estudio de diseño transversal en 97 participantes entre médicos y enfermeros del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Se aplicó dos instrumentos de evaluación: el primero "Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente" y el segundo "Instrumento para medir la prevención de eventos adversos". Se encontró, de un total de 97 personales de salud (médicos y enfermeros), la media de edad fue 46.67 (DS=11.9), según la categoría profesional, el 69.8% enfermeras y 30.2% médicos. De acuerdo a nuestras variables principales, el 27.8% percibe un alto nivel de cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. Finalmente, el valor de la *Prueba exacta de Fisher*=0.307, con un nivel de significancia de 0.683 por lo tanto, no encontramos relación entre la Cultura de Seguridad del Paciente y la Prevención de Eventos Adversos. En conclusión, los hallazgos presentados en este estudio pueden actuar como base para informar a las partes interesadas en los hospitales e iniciarlas para desarrollar estándares aceptables para el sistema de seguridad del paciente.

Palabras clave: Cultura de Seguridad del Paciente; Prevención de eventos adversos; Sistema de Salud.

## **Abstract**

The present study determined the relationship between the culture of patient safety and the prevention of adverse events in the Surgical Center of the Victor Lazarte Echeagaray-EsSalud Hospital, Trujillo, October-November 2021. A cross-sectional study was carried out on 97 participants among doctors and nurses from the Surgical Center Service of the Victor Lazarte Echeagaray Hospital. Two assessment instruments were applied: the first, the "Patient Safety Culture Questionnaire", and the second, the "Instrument to Measure the Prevention of Adverse Events". We found that, out of a total of 97 health personnel (doctors and nurses), the mean age was 46.67 (SD = 11.9). According to the professional category, 69.8% were nurses and 30.2% were doctors. According to our main variables, 27.8% perceive a high level of patient safety culture and the prevention of adverse events. Finally, the value of Fisher's exact test was 0.307, with a significance level of 0.683. Therefore, we did not find a relationship between the culture of patient safety and the prevention of adverse events. In conclusion, the findings presented in this study can act as a basis to inform stakeholders in hospitals and encourage them to develop acceptable standards for the patient safety system.

Keywords: Patient Safety Culture; Patient safety system; Health System.

## I. INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre la seguridad del usuario, definida como evitar eventos adversos del usuario resultantes de los procesos de atención de la salud, son insuficientes en países de América del Sur (*Agency for Healthcare Research and Quality.*, 2017). El primer estudio sobre la prevalencia de eventos adversos, el Estudio Latinoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), encuentra que el 10.5% de los usuarios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú experimentan un error médico, principalmente relacionado con infecciones adquiridas en el hospital, procedimientos quirúrgicos y manejo de usuarios y cuidados de enfermería.

El estudio muestra que el 1,8% de los usuarios mueren a causa de esos errores (Makary & Daniel, 2016). Estos números son altos en comparación con los estudios de eventos adversos en países desarrollados (Aranaz-Andrés et al., 2011). La evidencia proporcionada por IBEAS rige a la necesidad de disminuir los eventos adversos y a ampliar la investigación del objetivo del presente estudio en los centros de atención de América Latina (Makary & Daniel, 2016).

Comprender la seguridad del usuario en los centros de atención inicia con la evaluación de cómo la Cultura de Seguridad (CS) está integrada en la organización. Ello representa el buen comportamiento del prestador de servicio que determinan la responsabilidad, calidad y aptitud de gestión de seguridad y salud de un determinado establecimiento (Commission, 2003).

Diferentes iniciativas e instrumentos para medir y mejorar la CS del usuario nacieron en Estados Unidos como resultado del informe: *Errar es humano* del Medicine Institute (Kohn et al., n.d.). En 2004, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) desarrolló un Instrumento de CS del usuario hospitalario para mejorar la Seguridad del usuario y la eficacia de la atención. Dicho instrumento de evaluación es una herramienta de evaluación para hospitales que se utiliza para identificar fortalezas y áreas para mejorar la seguridad del usuario, examinar las tendencias en la CS del usuario a lo largo del tiempo y realizar comparaciones entre pares (*Agency for Healthcare Research and Quality.*, 2017). El Instrumento de evaluación de la CS del usuario se ha utilizado

ampliamente en los Estados Unidos y otros países (Lee et al., 2016). A pesar de que el instrumento de evaluación es de abordaje hospitalario, algunos estudios arrojan resultados a nivel nacional en Estados Unidos, Holanda, España, China, Taiwán, Corea, Líbano y Palestina (Hamdan & Saleem, 2013).

En el Servicio del Centro Quirúrgico (SOP), la CS del usuario incluye una serie de cuidados pre, peri y postoperatorios para el usuario sometido a cirugía. Este proceso del equipo de profesionales es complejo, involucra personal médico y de enfermería. Las medidas determinadas para el ejercicio de la CS del usuario son apoyadas por la (OMS), que juega un papel estratégico en el desarrollo global de la seguridad del usuario en diferentes países con diferentes niveles de desarrollo (World Health Organization, n.d.).

A nivel nacional, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) también se enfoca en la seguridad de la atención al usuario con el fin de prevenir eventos adversos en la práctica quirúrgica. Estas prácticas de seguridad tienen una ordenanza para su ejecución a nivel nacional en diversas instituciones como MINSA, EsSalud, salud, fuerzas armadas y fuerzas policiales, quienes deben conocer y reconocer errores que muchas veces generan daños a los usuarios que al identificarlos podrían proponer medidas para evitarlos (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

Existen pocos estudios reportados en la literatura que involucren las variables de estudio de la CS del usuario y prevención de eventos adversos, o que involucren al equipo de salud en la atención del usuario quirúrgico en el hospital. En el hospital Lazarte, durante la práctica diaria, se utiliza una lista de verificación la cual no se cumple muchas veces tal y como lo indica la norma, sin embargo, continúa siendo un requisito imprescindible durante todo el proceso quirúrgico. Esta guía, fue obtenida de la normativa establecida por la OMS, y fue creada con el fin de fortalecer las técnicas de seguridad y avivar el habla y el trabajo en equipo entre especialidades clínicas, constituyendo un medio válido para aumentar la seguridad de sus intervenciones quirúrgicas y así reducir el número de complicaciones y / o eventos adversos.

Por lo cual nos planteamos ¿Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente con prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021?

La importancia de este estudio es mejorar la CS del usuario y prevenir eventos adversos, los cuales vienen en aumento y por lo tanto se convierte en un problema serio en nuestra realidad, la cual conlleva a complicaciones posteriores e incremento de problemas medico legales, que va en perjuicio del usuario y del personal de salud. Es por esto que la presente investigación tiene como finalidad mejorar la Seguridad del usuario y prevenir efectos adversos en el área de evaluación para que sean aplicados a los usuarios que serán atendidos por el equipo quirúrgico que abarca médicos, enfermeras y personal técnico, a fin de proteger la integridad y la vida del usuario quirúrgico, como también mejorar la conveniencia, y que esta investigación genere un aporte social, teórico, y metodológico que promueva el estudio de futuros trabajos.

Por lo tanto el objetivo general es determinar la relación entre cultura de seguridad del usuario y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021; y los objetivos específicos planteados son, identificar la cultura de seguridad del paciente según percepción del personal de salud en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; identificar la prevención de eventos adversos según percepción del personal de salud en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; y establecer la relación entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con la prevención de eventos adversos en personal de salud de Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo.

Asimismo, nos planteamos la siguiente hipótesis nula: No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021; y la siguiente hipótesis alterna: Sí existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro

Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre –  
Noviembre 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

Kumbi y col. (2019) en Etiopía, evaluó la CS del usuario y sus riesgos entre el staff del servicio médico en Hospitales de Bale. Llevaron a cabo un estudio transversal de 518 profesionales sanitarios, a los que aplicaron la herramienta de CS del usuario. Encontraron que el número de horas laboradas a la semana, la colaboración en un programa de Seguridad del usuario, la comunicación de riesgos adversos y la mayor parte de las dimensiones de la variable principal se asociaron con la CS del usuario. En conclusión, las mediaciones de seguridad del usuario bien diseñadas deben acoplarse a políticas organizativas (Kumbi et al., 2020).

Kakemam y col. (2021) en Irán, evaluó la asociación entre el discernimiento de las enfermeras sobre la CS del usuario y su proporción percibida de riesgos adversos. Llevaron a cabo un estudio transversal sobre 2.295 enfermeras empleadas en 32 hospitales universitarios en Irán, a quienes aplicaron la herramienta de CS de los usuarios. Encontraron que el discernimiento de las enfermeras con respecto a la CS del usuario era bajo y la ocurrencia percibida de riesgos adversos era alta. En conclusión, demostraron que el mayor nivel de percepción de las enfermeras sobre la CS del usuario se asoció con una menor incidencia de eventos adversos (Edris Kakemam et al., 2021).

Mohamed y col. (2017) en Túnez, investigó las actitudes y percepciones de seguridad del usuario entre los dispenseros de servicio médico en los hospitales de atención terciaria. Llevaron a cabo un estudio transversal de 344 proveedores. Se usó la versión francesa del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture para identificar las dimensiones de la CS del usuario. Encontraron que los ítems de mayor mejora fueron la percepción general de seguridad, el trabajo en grupo dentro de las unidades, el aprendizaje organizacional/mejora continua, la comunicación abierta y el subregistro de eventos. El trabajo en grupo en todas las unidades hospitalarias tuvo la puntuación más baja. En conclusión, la CS del usuario sigue estando poco desarrollada en nuestro hospital (Rejeb, 2017).

Moura y col. (2019) en Brasil, analizaron la CS del usuario a partir del discernimiento de enfermeras en SOP. Realizaron un estudio transversal y analítico con 92 enfermeras del SOP de un hospital de Teresina-PI. Aplicaron el instrumento CS del usuario. Encontraron que la evaluación de la seguridad del usuario por el profesional de salud fue regular. Concluyeron que existen espacios confusos en la CS del usuario en el sector, lo que demuestra que esta cultura necesita ser mejor desarrollada (Abreu et al., 2019).

Rocha y col. (2021) en Brasil, analizó la CS del usuario en las distintas áreas de gestión a partir del pensamiento del equipo de enfermería que brinda servicios en los centros quirúrgicos. Realizaron un estudio transversal de 200 enfermeras de enfermería, en tres centros quirúrgicos del estado de Piauí, a quienes les aplicaron la herramienta de CS del usuario. Descubrieron que los SOP estatales y federales en comparación con los municipales, presentaron mayor puntaje de seguridad del usuario. Concluyeron, la promoción de dimensiones fortalecidas resultaran en la atención médica eficaz y responsable (Rocha et al., 2021).

Silva-Batalha y col. (2015) en Brasil, evaluaron el punto de vista de las enfermeras sobre la CS del usuario e identificaron discrepancias en las percepciones entre las unidades hospitalarias. Se realizó un estudio transversal e incluyó a 301 enfermeros, a los que se les aplicó la herramienta de CS del usuario. Encontraron diferencias significativas, con énfasis en las unidades pediátricas, que tenían mejores percepciones de seguridad. Concluyeron que sus hallazgos permiten trazar modelos de mejora de la calidad más específicos para cada servicio hospitalario (Santos da Silva-Batalha & Melleiro, 2015).

Arrieta y col. (2017) en Perú, evaluó la CS del usuario en los establecimientos de salud en Perú desde la perspectiva del personal de salud y contrastaron entre el sector público y privado. Realizaron un estudio transversal de 1679 profesionales de la salud y evaluaron el grado de Seguridad del usuario y 12 dimensiones de la CS del usuario en las unidades hospitalarias percibidas por los profesionales sanitarios. Encontraron que el 18% de los profesionales sanitarios valoran muy bien el nivel de Seguridad del usuario en su unidad de trabajo. El nivel de seguridad del

usuario en el sector privado en comparación con el público es significativo. En conclusión, la Seguridad del usuario es baja, con brechas establecidas en ambos sectores (Rejeb, 2017).

Borneo (2020) en Huánuco, Perú, determinó la asociación de CS del usuario entre gestores y seguridad del usuario. Se realizó un estudio transversal en 55 gerentes de servicios de salud de la Red de Salud de Huánuco. Se utilizó una escala de CS del usuario y una lista de verificación de Seguridad del usuario. Encontró que el 90,9% de las instalaciones mostraban un bajo nivel de seguridad del usuario y el 49,1% de los administradores de las instalaciones mostraba una CS del usuario negativa. En conclusión, los valores bajos de la CS del usuario predominaron en los gestores asociados al bajo cumplimiento de la seguridad del usuario de los establecimientos de la Red de Salud de Huánuco (Borneo, 2020).

García (2018) en Trujillo, Perú, identificó el grado de Seguridad del usuario que brindan los enfermeros en SOP. Realizó un estudio transversal e incluyó a 23 enfermeras, a quienes aplicó el instrumento de Nivel de seguridad del usuario que brinda la enfermera. Encontró un alto nivel de seguridad del usuario en todas las dimensiones consideradas por el autor. Concluyó la existencia de seguridad del usuario en el área de SOP (García, 2018).

En la fundamentación teórica la CS del usuario es una conjunción de cualidades y comportamientos hacia la seguridad del usuario que se transmiten al ingresar a un centro de salud. La CS del usuario es la medida en que las creencias, valores y normas de una organización apoyan y promueven la seguridad del usuario. Estas creencias se extienden a todos los niveles de una organización (por ejemplo, sistema, departamento, unidad) e influyen en las acciones y comportamientos del personal en toda la organización (Sexton, 2002).

Diversas investigaciones muestran que la CS y el clima de seguridad son concernientes con comportamientos clínicos como la notificación de errores (Braithwaite et al., 2010), la reducción de eventos adversos (S Singer et al., 2009) y la reducción de la mortalidad (Estabrooks et al., 2002). Las organizaciones de respaldo identifican modelos de liderazgo para la recopilación y mejora de la CS

(The Joint Commission, 2012), y el impulso de una CS práctica segura (SJ Singer & Vogus, 2012). Una búsqueda en la Red de Seguridad del Usuario de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica arroja más de 5665 artículos, consejos y hojas informativas relacionados con la mejora de la CS del usuario. Si bien gran parte del trabajo se ha centrado en promover una CS, comprender qué enfoques son más efectivos y los factores de implementación que pueden influir en la efectividad es fundamental para lograr una mejora significativa (SJ Singer & Vogus, 2012).

Con base en las ciencias sociales, organizacionales y de seguridad, la CS del usuario se define como el aspecto de la cultura de un establecimiento (Zohar et al., 2007). Específicamente, puede estar representado por dones y personalidades asociados con la Seguridad del usuario entre los miembros de una organización (Pronovost et al., 2006; Schein, 2010). Influye en los comportamientos, actitudes y cogniciones de los médicos y el personal sanitario al proporcionar pistas sobre la prioridad de la seguridad del usuario (Zohar et al., 2007). La cultura también da forma a las percepciones de los médicos y del personal sobre el comportamiento "normal" asociado con la Seguridad del usuario en su lugar de trabajo. Informa las percepciones de lo que es loable y lo que puede ser castigado (ya sea formalmente por los líderes del lugar de trabajo o informalmente por los colegas y miembros del equipo). De esta manera, la cultura influye en la motivación de uno para participar en conductas seguras y en la medida en que esta motivación se traduce en la práctica diaria.

El clima de seguridad del usuario (Zohar et al., 2007) proporciona una instantánea de las percepciones de los médicos y el personal sobre los aspectos observables de la cultura a nivel de superficie durante un momento particular en el tiempo (Jackson et al., 2010; SJ Singer & Vogus, 2012). Se mide con mayor frecuencia mediante un cuestionario o una encuesta. Se pregunta a los médicos y al personal sobre aspectos de su equipo, área de trabajo u hospital, como la comunicación sobre los peligros para la seguridad, la transparencia, el trabajo en equipo y el liderazgo. Debido a que el clima se define como una característica de un equipo o grupo, las respuestas individuales a los elementos de la encuesta generalmente se agregan para formar puntajes de unidad, departamento o nivel superior. La

diferencia entre cultura y clima a menudo se reduce a una diferencia de metodología. Los estudios que involucran encuestas a médicos y personal se clasifican como estudios de clima de seguridad, y los estudios etnográficos que involucran observaciones longitudinales detalladas se clasifican como estudios de CS. Los términos a menudo se usan indistintamente en la práctica, pero es importante recordar que existen diferencias conceptualmente significativas en su alcance y profundidad. A los efectos de esta revisión, se incluyeron estudios sobre la cultura y el clima de seguridad del usuario. Usamos el término *la CS del usuario* en discusión solo para simplificar la notificación de resultados (Jackson et al., 2010; SJ Singer & Vogus, 2012).

La medición y la retroalimentación son medios necesarios, aunque probablemente insuficientes, para promover eficazmente una CS del usuario (Sorra et al., 2012). Una revisión sistemática anterior encontró una fuerte validez aparente para las intervenciones para promover una CS del usuario en la atención de la salud, pero la heterogeneidad entre los estudios, las medidas y los entornos limitó las conclusiones sobre la efectividad de la intervención (Morello et al., 2012). Los resultados sugirieron posibles efectos positivos de las rondas de caminatas de liderazgo y las intervenciones multifacéticas basadas en unidades sobre las medidas de la encuesta de clima de seguridad. Sin embargo, la revisión no evaluó los riesgos sobre los resultados de los usuarios o los procesos de atención. Otra revisión de la Colaboración Cochrane (Parmelli et al., 2013) examinó las intervenciones de cambio de cultura organizacional diseñadas para mejorar los resultados de los usuarios y la calidad de la atención. Solo se identificaron 2 estudios para su inclusión, que evaluaron diferentes resultados y los resultados no fueron concluyentes. Intentamos abordar estas brechas a través de la ejecución de una revisión sistemática de la literatura revisada por pares para identificar las intervenciones utilizadas para promover la CS del usuario en la atención médica, evaluar la evidencia de su efectividad para mejorar la CS y los resultados de los usuarios y describir el contexto y la implementación de estas intervenciones.

Grandes revisiones nacionales de registros de usuarios estiman que aproximadamente el 10% de las admisiones hospitalarias están asociadas con un evento adverso (definido como una lesión que resulta en una hospitalización

prolongada, discapacidad o muerte, causada por la administración de atención médica). Además de tener un impacto significativo en la morbilidad de los usuarios, los eventos adversos también resultan en un incremento de los costos de atención médica debido a estadías hospitalarias más prolongadas. Además, una proporción sustancial de los eventos adversos se pueden prevenir. Al identificar la naturaleza y la tasa de eventos adversos, se pueden desarrollar iniciativas para mejorar la atención (Rafter et al., 2015).

Asimismo, los errores médicos evitables amenazan la seguridad del usuario y son muy comunes en los hospitales de todo el mundo. Estos errores, los más graves de los cuales se denominan eventos centinela, los menos graves, los eventos adversos, no se limitan a organizaciones de menor calidad; Las organizaciones sanitarias excelentes pueden experimentar y experimentan eventos indeseables. Lo que distingue a las organizaciones de excelente calidad de las de menor categoría es si responden a los eventos centinela y adversos de una manera que reduce significativamente el riesgo de que el evento ocurra en el futuro. Al realizar un análisis intensivo del sistema, revisar los procesos que causan o contribuyen a estos eventos y monitorear la efectividad de cualquier cambio, los hospitales de calidad crean un entorno más seguro para los usuarios después de un evento indeseable (Koppenberg, 2013).

Con el lanzamiento de los Estándares de Acreditación para Hospitales de la Joint Commission International, tercera edición, el organismo de acreditación con sede en Estados Unidos describe la gama completa de eventos indeseables con diversos grados de resultados graves. La Joint Commission International también comenzó a exigir que todos los hospitales acreditados por la Joint Commission International presten atención a la Política de eventos centinela de la Joint Commission International como base para el cumplimiento y desarrollen una política de eventos centinela propia, así como a establecer un proceso para abordar un evento centinela cuando ocurra (Koppenberg, 2013; The Joint Commission, 2012).

La Joint Commission International define un evento adverso como un suceso imprevisto, indeseable o potencialmente peligroso en una organización de atención médica, y un cuasi accidente es cualquier variación del proceso que no afectó un

resultado, pero para la cual una recurrencia conlleva una probabilidad significativa de un resultado adverso grave; tal "cuasi accidente" cae dentro del alcance de la definición de evento adverso.

Adherirse a una política de eventos centinela no solo debe reducir la ocurrencia de eventos centinela, sino que también debe ayudar a las organizaciones de atención médica a crear una cultura comprometida con la identificación de errores antes de que ocurran, así como a sentirse cómodas informando errores cuando ocurran. Una cultura libre de culpas, reconociendo que los eventos centinela y adversos a menudo son el resultado de una falla total del sistema en lugar de fallas de los médicos individuales, debería ser la base de toda política de eventos centinela.

Debido a la intensidad del trabajo que involucran muchas interacciones entre el usuario y el cuidador y como la naturaleza de la enfermedad crítica reduce tanto la resiliencia natural de los usuarios como su capacidad para defenderse de las consecuencias del error humano, los usuarios pueden correr un mayor riesgo de experimentar un centinela o un evento adverso. Según un estudio, el 54,8% de los usuarios que habían estado en una unidad de cuidados intensivos durante su estancia tuvieron un evento adverso grave en comparación con sólo el 38,1% de los que nunca habían estado en una unidad de cuidados intensivos (The Joint Commission, 2012).

Aunque cada evento es único, los errores de atención médica a menudo tienen causas fundamentales comunes que pueden evitarse en el futuro cuando todas las organizaciones los conozcan. Pero, el conocimiento de los eventos centinela más comunes y las causas fundamentales de ellos solo es posible cuando los hospitales comparten su información de manera confidencial con una organización como la Joint Commission International (The Joint Commission, 2012).

A continuación, se articulará la definición de las variables principales teóricamente. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) describe la cultura como un componente crítico de la calidad y seguridad de la atención médica. Sammer y col. describió la CS del usuario como las actitudes y

comportamientos que están relacionados con la seguridad del usuario y que son esperados y apropiados para promover la seguridad del usuario (Sammer & James, 2016).

Considerar la CS como una iniciativa importante para mejorar la seguridad del usuario se acepta comúnmente en la atención médica. Aunque la literatura internacional revela que la evaluación de la CS del usuario y la tasa de eventos adversos se ha utilizado durante décadas, apenas se ha realizado ningún estudio - y ninguno en el mundo árabe- que (co) relacione estas dos evaluaciones (Pfeiffer & Manser, 2010). La mayor parte de la investigación publicada sobre el efecto de la CS explora la relación entre los resultados de seguridad y el clima (Pfeiffer & Manser, 2010). El término 'clima de seguridad' a veces se usa indistintamente con CS, pero para otros tiene un significado específico. Desde este punto de vista, la CS es un término amplio que representa los valores y acciones de una organización relacionados con la seguridad, mientras que el clima de seguridad se centra en las percepciones del personal sobre la forma en que se gestiona la seguridad en su organización. En este estudio, estábamos interesados en explorar los valores y acciones de la organización relacionados con la seguridad. Por tanto, la cultura es el concepto principal de nuestro estudio. Existe alguna evidencia de la relación entre la CS del usuario y los resultados del personal (rotación, agotamiento) (Sara et al., 2009). Recientemente, Sorra et al. exploraron en su estudio las relaciones entre la CS y las evaluaciones de la atención hospitalaria por parte de los usuarios (Timmel et al., 2010). Descubrieron que los hospitales donde el personal tiene percepciones más positivas de la CS del usuario, sus usuarios han dado comentarios positivos sobre la atención.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **Tipo de Investigación:**

El tipo de investigación que se utilizó fue el tipo aplicada, debido que buscó resolver un problema específico sobre la cultura de seguridad y prevención de eventos adversos. Es por ello, que tuvo como objetivo encontrar soluciones a problemas existentes.

##### **Diseño de investigación:**

Investigación cuantitativa, no experimental, transversal y correlacional. Estudio básico que se aplicará al personal sanitario del Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray de la Seguridad Social en Salud (EsSalud). Este hospital está al servicio de los 560 mil asegurados de la Red de Atención La Libertad.

En específico, el SOP, ofrece atención especializada en el quirófano a fin de efectuar intervenciones quirúrgicas, asimismo se brinda cuidados post operatorios inmediatos post anestesia considerando la reanimación respiratorio y alivio del dolor agudo. En el departamento laboran aproximadamente 50 personas entre médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, etc.

#### **3.2. Variables y operacionalización**

##### **Dimensiones: Cultura de seguridad del paciente**

Dimensión 1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad.

Dimensión 2. Percepción global de seguridad.

Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad.

Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.

Dimensión 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.

Dimensión 6. Franqueza en la comunicación.

Dimensión 7. Feed-back y comunicación sobre errores

Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores

Dimensión 9. Dotación de personal

Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del usuario.

Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades.

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.

Se midió utilizando el Cuestionario de cultura de seguridad del usuario, tipo Escala Likert (1=nunca hasta 5=siempre). Estas variables fueron re-categorizadas mediante baremación por percentiles clasificados en tres categorías: (a) alto, entre 60-90 puntos; (b) medio, entre 30-60; y (c) bajo, entre <30 puntos. Mayor detalle, ver *Anexo 2*.

### **Dimensiones: Prevención de eventos adversos**

Dimensión 1. Administración Clínica.

Dimensión 2. Procedimiento Asistencial.

Dimensión 3. Errores en la Documentación.

Dimensión 4. Errores en la medicación.

Se midió a través de la creación propia de del instrumento de prevención de eventos adversos, tipo Escala de Likert. Contiene 18 preguntas, cada pregunta posee 5 opciones de respuesta en escala de Likert (1=nunca hasta 5=siempre). Posteriormente, se re-categorizaron en tres categorías: (a) alto, entre 60-90 puntos; (b) medio, entre 30-60; y (c) bajo, entre <30 puntos. Ver *Anexo 2*.

Entre otras variables secundarias consideradas como, edad, régimen laboral, tiempo de trabajo en el Hospital actual, tiempo de trabajo en el servicio actual, horas de trabajo semanal, estamento perteneciente y tiempo de trabajo en su actual especialidad.

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

**3.3.1. Población:** Se constituyo por los 122 médicos y enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

#### **3.3.2. Criterios de selección:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Personal de salud: médicos, enfermeros.
- De ambos sexos
- Acepten participar del estudio de investigación

##### **Criterios de exclusión:**

- Trabajadores que no deseen participar del estudio

**3.3.3. Muestra:** Para determinar el tamaño de muestra de una proporción (fórmula:  $Z^2 \cdot (p) \cdot (1-p) / c^2$ ), se consideró una población finita dado que la población es conocida, se estableció un nivel de significancia del 5% ( $\alpha = 0.05$ ) para una prueba de 2 colas, una variabilidad considerando el valor estándar de  $p=q=0.5$  o 50%, y un margen de error de 5. Con esa información se puede determinó el tamaño de muestra necesario, se obtuvo una muestra final de 94 participantes entre médicos y enfermeros del SOP del Hospital Lazarte.

**3.3.4. Muestreo:** Se aplicó un muestro aleatorio simple a fin de incluir a la muestra calculada, médicos y enfermeros que laboran en SOP del Hospital Lazarte.

**3.3.5. Unidad de análisis.** Cada uno de los trabajadores de salud de Sala de operaciones del Hospital Lazarte.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1. Técnica de recolección de datos**

Se aplicó una técnica de autoadministración de instrumento de evaluación, a través del aplicativo Google Form, en donde se alojó la herramienta de evaluación y el consentimiento informado.

#### **3.4.2. Instrumentos de recolección de datos**

La herramienta para este estudio incluirá dos instrumentos de evaluación: (i) el primero explora el “Cuestionario de Cultura de Seguridad del usuario” del autor Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) validado en español por Carmen Silvestre, el resultado, coeficiente del Alfa de Cronbach superior a 0.93, lo cual indica un grado de alta confiabilidad; y (ii) el segundo "Instrumento para medir la prevención de eventos adversos", realizado por el Ministerio de Salud del Perú y modificado por MD. Judith Tinedo, y obtuvo dos niveles de validez, la validez del contenido realizado por el criterio de juicio de tres expertos, y confiabilidad del Alfa de Cronbach superior a 0.90, lo cual indica un nivel alto.

#### **3.4.3. Validez y confiabilidad del instrumento**

**Tabla 1.** Ficha técnica del Instrumento para medir la Cultura de Seguridad del usuario.

Nombre del Instrumento	Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety.
------------------------	--

	Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
Autor	Carmen Silvestre
Año	2021
Aplicación	Personal de salud profesional de sala de operaciones.
Bases teóricas	Teoría relacionada con la CS del usuario, medida en que las creencias, valores y normas de una organización apoyan y promueven la seguridad del usuario.
Versión	Primera
Sujetos de aplicación	Personal de salud, médicos y enfermeras que laboran en el SOP del Hospital Lazarte.
Tipo de administración	Indirecta
Duración	15 minutos
Normas de puntuación	Instrumento de Cultura de Seguridad del usuario del autor Medical Office Survery on Patient Safety Culture (MOSPS) validado en español que incluyó doce dimensiones, tipo Escala Likert (1=nunca hasta 5=siempre).
Campos de aplicación	El SOP del Hospital Lazarte.
Validez	La validez del contenido se realizó a partir del criterio de juicio por expertos.
Confiabilidad	El resultado, coeficiente del Alfa de Cronbach es superior a 0.93, lo cual indica un grado de alta confiabilidad.
Categorización de la medición general y rangos	Cumple con CS del usuario

**Tabla 2.** Ficha técnica del Instrumento para medir la prevención de eventos adversos

Nombre del Instrumento	Instrumento de prevención de eventos adversos
Autor	MINSA, modificado por MD. Judith Tinedo
Año	2021
Aplicación	Personal de salud profesional de sala de operaciones.
Bases teóricas	Teoría relacionada con los eventos adversos que resultan en hospitalización y aumentan el costo de la atención.
Versión	Primera
Sujetos de aplicación	Personal de salud, médicos y enfermeras que laboran en el SOP del Hospital Lazarte.
Tipo de administración	Indirecta
Duración	10 minutos
Normas de puntuación	Instrumento de prevención de eventos adversos, tipo Escala de Likert. Contiene 18 preguntas, cada pregunta posee 5 opciones de respuesta en escala de Likert (1=nunca hasta 5=siempre).
Campos de aplicación	El SOP del Hospital Lazarte.
Validez	La validez del contenido se realizó a partir del criterio de juicio por expertos. La validez del contenido se realizó a partir del criterio de juicio por expertos. Los ítems del "Instrumento para medir la prevención de eventos adversos" se

	validaron en base a los siguientes criterios: Pertinencia, relevancia y claridad. Ver <i>Anexo 4</i> .
Confiabilidad	<p>La confiabilidad del instrumento yace en el grado en que un instrumento mide varios ítems de una muestra y muestran resultados iguales. Para evidenciarlo, se aplicó el "Instrumento para medir la prevención de eventos adversos" en 15 médicos y enfermeros del SOP del Hospital Belén de Trujillo", institución y participantes ajenos a la muestra capturada del presente. El índice de consistencia interna toma un intervalo entre 0 y 1. Refiere en la siguiente escala de valores: (i) no confiable <math>&lt;0</math> – <math>0</math>, (ii) baja confiabilidad <math>&gt;0</math> – <math>&lt;0.5</math>, (iii) moderada confiabilidad <math>&gt;0.5</math> - <math>&lt;0.75</math>, (iv) fuerte confiabilidad <math>&gt;0.75</math> - <math>&lt;0.9</math>, (v) alta confiabilidad <math>&gt;0.9</math> – <math>1</math>. El valor mínimo aceptable es de 0,70 el cual indica que el instrumento es fiable y hace mediciones estables y consistentes.</p> <p>El resultado, coeficiente del Alfa de Cronbach es superior a 0.90, lo cual indica un grado de alta confiabilidad del "Instrumento para medir la prevención de eventos adversos". Ver <i>Anexo 4</i>.</p>
Categorización de la medición general y rangos	Cumple

### **3.5. Procedimientos**

En principio, previo a la ejecución del estudio se requerirá la autorización expresa de la jefatura del SOP del Hospital Lazarte. Al mismo tiempo se requerirá la aprobación por el Comité de Ética del Hospital y de la Universidad Cesar Vallejo. Luego de haber obtenido dichas aprobaciones se procederá con la aplicación del estudio per se.

Después de obtener el consentimiento informado y las aprobaciones premeditadas, el personal de salud participante responderá a un cuestionario en línea autoadministrado por la investigadora principal a través del aplicativo Google Form. El cuestionario incluirá y explorará nuestras variables primarias y secundarias.

Luego de obtener la participación del total de la muestra, se procedió a descargar la base de datos en formato Excel y luego se analizó de acuerdo a los métodos de análisis establecidos.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Todos los análisis fueron desarrollados con el software estadístico SPSS versión 25.0. En principio, los datos recolectados fueron digitalizados automáticamente al momento de realizar la recolección de datos, con el uso del aplicativo Google form.

El análisis se inició con una descripción basal de la muestra. Esta descripción incluyó a la variable dependiente CS del usuario, y variable independiente prevención de eventos adversos, lo mismo que a las co-variables descritas en la *sección 3.2*. las cuáles fueron resumidas con proporciones o medias de tendencia central/dispersión, según corresponda.

Para determinar la relación entre nuestras variables principales (CS del usuario y prevención de eventos adversos) se utilizó la Prueba de Chi<sup>2</sup> de

homogeneidad, de no cumplirle los supuestos, se usó la Prueba Exacta de Fisher. Todos los estimadores fueron reportados con intervalos de confianza al 95%.

Finalmente, los resultados se presentaron en tablas de contingencia de doble entrada, a fin de conocer y determinar la asociación entre las variables principales, y cada dimensión de CS del usuario con prevención de eventos adversos.

### **3.7. Aspectos éticos**

Este estudio se evaluó por el Comité de Ética del Hospital Lazarte y de la Universidad Cesar Vallejo previamente a su ejecución. Se respetó en todo momento los principios éticos publicados por Pellegrini A, et al. (Pellegrini & Macklin, 1999) en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica, 2016), durante la ejecución del estudio. Estas pautas incluyen:

#### **3.7.1. Consentimiento Informado**

Una guía para el proceso de consentimiento fue preparada para el estudio. El personal de salud elegible que estuvieron dispuestos a participar aceptaron el consentimiento.

#### **3.7.2. Confidencialidad**

La información recolectada fue guardada de forma segura, protegida por contraseñas, donde solo los entes relacionados tuvieron acceso.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1.**

Seguridad del paciente según percepción de los profesionales de la salud del SOP del Hospital Lazarte.

Seguridad del Paciente	n (%)
Bajo	42 (43.3)
Alto	55 (56.7)
Total	97 (100.0)

Nota: Base de datos del SPSS 25

**Interpretación:** El 56.7% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe una alta seguridad del usuario.

**Tabla 2.**

Prevención de eventos adversos según percepción de los profesionales de la salud del SOP del Hospital Lazarte.

Prevención de eventos adversos	n (%)
Bajo	47 (48.5)
Alto	50 (51.6)
Total	97 (100.0)

Nota: Base de datos del SPSS 25

**Interpretación:** El 51.6% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe un alto nivel de prevención de eventos adversos.

**Tabla 3.**

Percepción de la Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos

Cultura de seguridad del paciente	Prevención de eventos adversos				Total	
	Bajo		Alto		n	%
	n	%	N	%		
Bajo	19	19.6%	23	23.7%	42	43.3%
Alto	28	28.9%	27	27.8%	55	56.7%
Total	47	48.5%	50	51.5%	97	100.0%

Nota: Base de datos del SPSS 25

**Interpretación:** El 27.8% del personal de salud percibe un alto nivel de cultura de seguridad del usuario y prevención de eventos adversos. Asimismo, para responder a nuestro objetivo general, no encontramos relación entre la CS del usuario y la prevención de eventos adversos (prueba exacta de Fisher de 0.307,  $p=0.683$ ) en el SOP del Hospital Lazarte -EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

**Tabla 4.**

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos

Dimensiones de cultura de seguridad del paciente	Prevención de eventos adversos				Total		p-valor
	Bajo		Alto		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Notificación de eventos</b>							
Bajo	6	6.20%	15	15.50%	21	21.60%	$X^2 = 8,673$ $p = 0.013$
Medio	17	17.50%	23	23.70%	40	41.20%	
Alto	24	24.70%	12	12.40%	36	37.10%	
<b>Percepción de seguridad</b>							
Bajo	0	0	0	0	0	0	$X^2 = 0,916$ $p = 1.000$
Medio	9	9.30%	10	10.30%	19	19.60%	
Alto	38	39.20%	40	41.20%	78	80.40%	
<b>Expectativas y acciones de la dirección</b>							
Bajo	0	0	0	0	0	0	$X^2 = 0,880$ $p = 1.000$
Medio	7	7.20%	8	8.20%	15	15.50%	
Alto	40	41.20%	42	43.30%	82	84.50%	
<b>Aprendizaje organizacional</b>							
Bajo	3	3.10%	5	5.20%	8	8.20%	$X^2 = 1,214$ $p = 0.545$
Medio	10	10.30%	14	14.40%	24	24.70%	
Alto	34	35.10%	31	32.00%	65	67.00%	
<b>Trabajo en equipo</b>							
Bajo	10	10.30%	14	14.40%	24	24.70%	$X^2 = 0,917$ $p = 0.632$
Medio	14	14.40%	16	16.50%	30	30.90%	
Alto	23	23.70%	20	20.60%	43	44.30%	
<b>Franqueza en la comunicación</b>							
Bajo	1	1.00%	4	4.10%	5	5.20%	$X^2 = 3,926$ $p = 0.140$
Medio	24	24.70%	31	32.00%	55	56.70%	
Alto	22	22.70%	15	15.50%	37	38.10%	
<b>Feedback y la comunicación sobre errores</b>							
Bajo	0	0.00%	5	5.20%	5	5.20%	$X^2 = 20,861$ $p = 0.000$
Medio	10	10.30%	28	28.90%	38	39.20%	
Alto	37	38.10%	17	17.50%	54	55.70%	
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>							
Bajo	14	14.40%	3	3.10%	17	17.50%	$X^2 = 10,048$ $p = 0.007$
Medio	14	14.40%	16	16.50%	30	30.90%	
Alto	19	19.60%	31	32.00%	50	51.60%	

<b>Dotación de personal</b>							
Bajo	12	12.40%	13	13.40%	25	25.80%	$X^2 = 0,021$ $p = 0.989$
Medio	26	26.80%	28	28.70%	54	55.60%	
Alto	9	9.30%	9	9.30%	18	18.60%	
<b>Apoyo de la gerencia del hospital</b>							
Bajo	1	1.00%	2	2.10%	3	3.10%	$X^2 = 4,578$ $p = 0.101$
Medio	10	10.30%	20	20.60%	30	30.90%	
Alto	36	37.10%	28	28.90%	64	66.00%	
<b>Trabajo en equipo entre servicios</b>							
Bajo	3	3.10%	4	4.10%	7	7.20%	$X^2 = 1,440$ $p = 0.487$
Medio	33	34.00%	39	40.20%	72	74.20%	
Alto	11	11.40%	7	7.20%	18	18.60%	
<b>Problemas en cambios de turno</b>							
Bajo	29	29.90%	14	14.40%	43	44.30%	$X^2 = 11,292$ $p = 0.004$
Medio	12	12.40%	22	22.70%	34	35.10%	
Alto	6	6.20%	14	14.40%	20	20.60%	

**Interpretación:** El 24.7% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe un alto nivel de cultura de seguridad del usuario según la notificación de eventos y bajo nivel de prevención de eventos adversos. Asimismo, el 41.2% percibe un alto nivel de CS del usuario según la percepción de seguridad y prevención de eventos adversos. Por otro lado, el 43.3% percibe un alto nivel de CS del usuario según las expectativas y acciones de la dirección y prevención de eventos adversos. El 35.1% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe un alto nivel de CS del usuario según el aprendizaje organizacional, pero bajo nivel de prevención de eventos adversos. Sin embargo, el 32.0% percibe un alto nivel de CS del usuario según el aprendizaje organizacional y prevención de eventos adversos. El 23.7% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe un alto nivel de cultura de seguridad del usuario según el trabajo en equipo, pero bajo nivel de prevención de eventos adversos. Sin embargo, el 20.6% percibe un alto nivel de CS del usuario según el trabajo en equipo y prevención de eventos adversos. El 32.0%, percibe un nivel medio de CS del usuario según la franqueza en la comunicación, pero alto nivel de prevención de eventos adversos. Sin embargo, el 24.7% percibe un nivel

medio de cultura de seguridad del usuario según la franqueza en la comunicación y bajo nivel de prevención de eventos adversos.

## V. DISCUSIÓN

Este estudio determinó la relación entre cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en SOP del Hospital Lazarte -EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021. En ese sentido, a fin de discutir nuestros resultados de acuerdo a las tablas presentadas en la sección de resultados, presentamos lo siguiente:

En relación a la tabla 1, el presente estudio reveló que el 56.7% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe una buena seguridad del usuario. Los resultados de la presente investigación demostraron que más de la mitad del personal de salud percibieron buena seguridad del usuario. Es posible que el presente resultado se da al fomento de la CS del usuario entre todos los profesionales con miras a mejorar la calidad, por el ente gestor del establecimiento de salud. Esto yace en la educación permanente, la cual se presenta como una herramienta para la inserción de la seguridad del usuario en la vida cotidiana de los profesionales de la salud. El nivel general de CS del usuario de este estudio es comparable a los hallazgos de la Zona Jimma, la región de Amhara, Irán e India (Rao et al., 2014; Sharif et al., 2016). Sin embargo, el presente estudio obtuvo resultados más bajos en comparación con los hallazgos del estudio local y otros países en desarrollo como China, Líbano, Omán, Arabia Saudita, Taiwán y Yemen, respectivamente (Al-Mandhari et al., 2014; Nie et al., 2013). Esta posible explicación de la diferencia podría deberse a las diferencias en el comportamiento organizacional entre países. Esos países pueden tener mejores valores de gestión, compromisos organizativos, liderazgo y relaciones dentro del personal hospitalario. Otras posibles razones podrían deberse al alto desarrollo económico y aquellos países que habían iniciado el tema de la seguridad del usuario temprano en comparación con nuestro país.

En relación a la tabla 2, el 51.6% de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros, percibe un alto nivel de prevención de eventos adversos. Los resultados de nuestro estudio demostraron que la percepción de la prevención de eventos adversos por el personal de salud es alta. Es imperativo que el personal

de salud mejore sus habilidades comunicativas y los responsables de los hospitales establezcan un mecanismo de historia clínica electrónica para la detección y seguimiento de los eventos adversos. Existen tres estudios comparables, todos los cuales encontraron los mismos niveles de percepción de prevención de eventos adversos informados por el personal de salud que nuestro estudio. Abadi y col. (2017) encontraron que entre el 59 y el 76% del personal de salud perciben un alto nivel de percepción de prevención de eventos adversos (Abadi et al., 2017). En un estudio reciente en Irán, el 48,0% de enfermeras percibieron un alto nivel de percepción de prevención de eventos adversos (E Kakemam et al., 2021). Un estudio realizado en China ha estimado un alto nivel de percepción de prevención de eventos adversos entre el 47,8% y el 75,6% en el último año (Wang et al., 2014). Las razones de la alta percepción de prevención de eventos adversos por el personal de salud pueden deberse a la experiencia, conocimientos y trabajo en equipo entre los que laboran en SOP del hospital en evaluación (E Kakemam et al., 2019).

En relación a la tabla 3, el presente estudio identificó que el 27.8% del personal de salud percibe un alto nivel de cultura de seguridad del usuario y prevención de eventos adversos. Asimismo, de acuerdo al valor de la *Prueba exacta de Fisher* de 0.307, con un nivel de significancia de 0.683 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, no encontramos relación entre la CS del usuario y la prevención de eventos adversos en el lugar de estudio (ver Anexo 7). A pesar de mostrar no significancia, lo que sugiere que la prevención de eventos adversos acompaña la mejora del entorno de seguridad, y viceversa. A pesar de la relación compleja que puedan tener, indica que las organizaciones con un cierto tipo de cultura pueden desarrollar una mejor prevención de los efectos. Sorprendentemente, un estudio realizado en Noruega demostró que existía una asociación inversa entre la CS del usuario y la prevención de efectos adversos (Farup, 2015). En un estudio de Mardon et al. (2010) observaron que los hospitales que puntuaron más alto en la encuesta de CS del usuario informaron menos prevención de efectos adversos (Mardon et al., 2010). Además, otro estudio en China mostró la relación entre las mejoras en la CS del usuario y una menor incidencia de prevención de efectos adversos (Wang et al., 2014). Un estudio en hospitales palestinos encontró que en las unidades donde

el personal tiene una percepción más positiva de la CS del usuario, se observó menor prevención de efectos adversos (Najjar et al., 2015).

En relación a la tabla 4, cuatro de trece dimensiones (notificación de eventos adversos, feedback y la comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores y problemas en cambios de turno) evaluadas de cultura de seguridad del usuario, mostraron relación estadísticamente significativa con prevención de eventos adversos. De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 8,673 ( $p=0.013$ ) la dimensión de notificación de eventos adversos se relacionó con prevención de eventos adversos. De igual manera, la dimensión de feedback y la comunicación sobre errores se relacionó con prevención de eventos adversos, con un valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 20,861 y con un nivel de significancia de 0.000. Asimismo, respuesta no punitiva a los errores y problemas en cambios de turno se relacionaron con prevención de eventos adversos, con el valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 10,048 y 11,292, y con un nivel de significancia de 0.007 y 0.004, respectivamente (ver Anexo 7). Las dimensiones de “problemas en cambios de turno” y “respuesta no punitiva a los errores” fueron las dimensiones con alto nivel de percepción de los profesionales de la salud. Esto indica que los encuestados tienen problemas entre cambios de turno y hacer cosas para mejorar la seguridad del usuario. Este resultado concuerda con el hallazgo de la zona de Jimma, la región de Amhara, Kuwait, hospitales chinos, libaneses, Omán, saudíes, taiwaneses y Yemen (Mekonnen et al., 2017; Wami et al., 2016).

Nuestro estudio reveló que casi todas las dimensiones de la cultura de seguridad del usuario sugirieron áreas con potencial de mejora. Este hallazgo destaca deficiencias en casi todas las dimensiones de la CS del usuario e indica la presencia de prácticas de baja seguridad del usuario en el área de estudio. Los compuestos con el porcentaje de respuestas más bajas fueron “feedback y la comunicación sobre errores” y “notificación de eventos”. Este hallazgo sugiere que los trabajadores de la salud en esta área de estudio sienten que no reciben retroalimentación acerca de los errores cometidos, por lo tanto, no proporciona un clima laboral propicio que promueva la seguridad del usuario. También se observó un hallazgo similar en estudios realizados en la zona de Jimma, el norte de Etiopía,

Túnez, Omán, India (Mekonnen et al., 2017; Wami et al., 2016), pero recibió una calificación más alta en Irán (Sharif et al., 2016).

La evidencia apunta a que la insuficiencia en los reportes de hechos está relacionada con la confianza en una cultura de culpa, en lugar de una cultura de seguridad, gestión de riesgos y sistema de mejora, impidiendo una cultura justa, participativa y abierta entre profesionales y gestores. Sin embargo, ocasionalmente puede ser apropiado culpar al profesional por errores frecuentes, causados por negligencia o incumplimiento de las normas de seguridad.

Por tanto, las instituciones deben fomentar la CS del usuario entre todos los profesionales con miras a mejorar la calidad. La educación permanente se presenta como una herramienta para la inserción de la seguridad del usuario en la vida cotidiana de los profesionales de la salud. La formación de equipos interdisciplinarios surge como una estrategia para fortalecer la relación entre los equipos y resolver malentendidos que pueden tener impacto en la atención al usuario.

En relación a las limitaciones del presente estudio, la principal es el diseño descriptivo de enfoque transversal, no se incluyeron las percepciones de otros órganos administrativos. Finalmente, el instrumento de CS del usuario” del autor Medical Office Survery on Patient Safety Culture como medida de seguridad del usuario podría no evaluar explícitamente los problemas de seguridad que surgirían como resultado de las limitaciones de recursos, como la infraestructura.

## **VI.CONCLUSIONES**

1. Más de la mitad de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros percibió una alta seguridad del usuario en el SOP del Hospital Lazarte.

2. Más de la mitad de los profesionales de salud entre médicos y enfermeros percibió buena seguridad del usuario en el SOP del Hospital Lazarte.

3. No existe relación entre la cultura de seguridad del usuario y la prevención de eventos adversos en el SOP del Hospital Lazarte, con un valor de la Prueba exacta de Fisher de 0.307, con un nivel de significancia de 0.683 que es mayor al valor de 0.05.

4. Dentro de las trece dimensiones de cultura de seguridad, cuatro de ellas (notificación de eventos adversos, feedback y la comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores y problemas en cambios de turno) se relacionaron con prevención de eventos adversos en el SOP del Hospital Lazarte.

## VII.RECOMENDACIONES

Los hallazgos presentados en este estudio de manera global no reflejan relación, sin embargo, por dimensiones, alguna de ellas tiene relación estadísticamente significativa. En ese sentido, emitiré algunas recomendaciones para futuras decisiones:

- Nuestros resultados pueden tomarse como base para futuras investigaciones, con mayor robustez metodológica en donde se evidencie los factores asociados hacia nuestra asociación de interés; teniendo en cuenta que la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos no se consideraría específica de un servicio entonces se puede de ampliar el estudio a todo el hospital, de tal manera que ampliando una población o realizando trabajos comparativos entre servicios los resultados podrían tener variación. Asimismo, enfocándonos en la mejora del servicio se deben implementar capacitaciones al personal con programas secuenciales de talleres.
- Los resultados encontrados también son importantes a fin de informar a las partes interesadas e iniciarlas a desarrollar estándares aceptables para el sistema de seguridad del usuario e implementar intervenciones dirigidas a reducir el impacto de estos factores en la calidad de la atención hospitalaria que se necesitan.
- Institucionalizar la mejora de la CS del usuario en los sistemas de salud, fundamental para garantizar que las políticas, las organizaciones, los procedimientos y los recursos para la mejora de la calidad del servicio de salud y la seguridad del usuario estén alineados e integrados. La gerencia del hospital debe estar capacitada en la evaluación de la CS del usuario e involucrada en las rondas de caminatas del hospital para comunicar y crear conciencia en el personal sobre las dimensiones de la CS del usuario.

## REFERENCIAS

- Abadi, M., Akbari, H., Akbari, H., Gholami-Fesharaki, M., & Ghasemi, M. (2017). The association of nursing workloads, organizational, and individual factors with adverse patient outcome. *Iran Red Crescent Med J*, 19(4), e43444.
- Abreu, I. M. de, Rocha, R. C., Avelino, F. V. S. D., Guimarães, D. B. O., Nogueira, L. T., & Madeira, M. Z. de A. (2019). Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(spe), e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Al-Mandhari, A., Al-Zakwani, I., Al-Kindi, M., Tawilah, J., & Atsu, S. (2014). Patient safety culture assessment in Oman. *Oman Med J*, 29(4), 264–270.
- Aranaz-Andrés, J., Aibar-Remón, C., & Limón-Ramírez, R. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*, 20, 1043–51.
- Borneo, E. (2020). *Patient safety and safety culture in managers of health care institutions in a health care network*.
- Braithwaite, J., Westbrook, M., Travaglia, J., & Hughes, C. (2010). Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Qual Saf Health Care*, 19, 229–33.
- Commission, H. and S. (2003). *ACSNi Study Group on Human Factors*.
- Estabrooks, C., Tourangeau, A., Humphrey, C., & Hesketh, K. (2002). Measuring the hospital practice environment: a Canadian context. *Res Nurs Health*, 25, 256–68.
- Farup, P. (2015). Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 186.
- García, N. (2018). *Nivel de seguridad del paciente que brinda la enfermera en el Centro Quirúrgico - Hospital Victor Lazarte Echeagaray*. Universidad Nacional de Trujillo.
- Hamdan, M., & Saleem, A. (2013). Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*, 25, 167–75.
- Jackson, J., Sarac, C., & Flin, R. (2010). *Hospital safety climate surveys: measurement issues*.
- Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., & Roh, Y. (2021). Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: a questionnaire survey in teaching hospitals. *J Nurs Manag*, 2(28), 97–112.

- Kakemam, E., Kalhor, R., Khakdel, Z., Khezri, A., West, S., Visentin, D., & Cleary, M. (2019). Occupational stress and cognitive failure of nurses and associations with on self-reported adverse events: a national cross-sectional survey. *J Adv Nurs*, 75(12), 3609–3618.
- Kakemam, Edris, Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., & Kalhor, R. (2021). Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing* 2021 20:1, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12912-021-00571-W>
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (n.d.). *To Err is Human: Building a Safer Health System*.
- Koppenberg. (2013). Patientensicherheit - Definition und Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden. *Ther Umsch*, 69(6), 335–340. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/A000294>
- Kumbi, M., Hussen, A., Lette, A., Nuriye, S., & Morka, G. (2020). <p>Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study</p>. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 12, 1–14. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
- Lee, S., Phan, P., & Dorman, T. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*, 16, 254.
- Makary, M., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139.
- Mardon, R., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf*, 6(4), 226–232.
- Mekonnen, A., McLachlan, A., & Brien, J.-A. (2017). Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals. *Safety in Health*, 3(11).
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Resolución ministerial 163-2020-MINSA* (p. 10).
- Morello, R., Lowthian, J., Barker, A., & McGinnes, R. (2012). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*.
- Mori, N. (2018). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017*. Universidad Cesar Vallejo.
- Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht, K., & Euwema, M. (2015). The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in Palestinian hospitals. *Safety in Health*, 1(1), 16.
- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*, 13(1), 228.

- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición*.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., & Baillie, N. (2013). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: a systematic review. *Implement Sci.*, 6(33).
- Pellegrini, A., & Macklin, R. (1999). *Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional*.
- Pfeiffer, Y., & Manser, T. (2010). Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Saf Sci*, 48, 1452–62.
- Pronovost, P., Berenholtz, S., Goeschel, C., & Needham, D. (2006). Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res*, 41, 1599–617.
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., & Conroy, R. (2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *International Journal of Medicine*, 108(3), 273–277.
- Rao, M., Thota, D., & Srinivas, P. (2014). A study to assess patient safety culture amongst a category of hospital staff of a teaching hospital. *IOSR J Dent Med Sci*, 13(3), 16–22.
- Rejeb, M. (2017). Patient Safety Culture in a Tunisian Teaching Tertiary Care Hospital. *Archives of Nursing Practice and Care*, 077–083. <https://doi.org/10.17352/2581-4265.000030>
- Rocha, R., Abreu, I., Carvalho, R., Rocha, S., Madeira, M., & Avelino, F. (2021). Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. *Rev Esc Enferm USP*, 55(e03774).
- Sammer, C., & James, B. (2016). Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. *Online J Issues Nurs*, 16(3), 3.
- Santos da Silva-Batalha, E., & Melleiro, M. (2015). Patient safety culture in a teaching hospital: Differences in perception existing in the different scenarios of this institutional. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 24(2), 432–441.
- Sara, S., Lin, S., Alyson, F., David, G., & Laurence, B. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*, 44, 399–421.
- Schein, E. (2010). *Organizational Culture and Leadership*.
- Sexton, J. (2002). *A Matter of Life or Death: Social, Psychological, and Organizational Factors Related to Patient Outcomes in the Intensive Care Unit*.
- Sharif, M., Motaghi, M., & Farrokhian, A. (2016). Assessment of patient safety culture in viewpoints of Kashan hospitals nurses. *Int J Med Res Health Sci*, 5(11), 9–16.
- Singer, S, Lin, S., Falwell, A., & Gaba, D. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res.*, 44, 399–421.

- Singer, SJ, & Vogus, T. (2012). Safety climate research: taking stock and looking forward. *BMJ Qual Saf*.
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., & Nelson, D. (2012). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report*.
- The Joint Commission. (2012). *Revisions to LD.03.01.01. Oakbrook Terrace*.
- Timmel, J., Kent, P., Holzmueller, C., Paine, L., Schulick, R., & Pronovost, P. (2010). Impact of the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36(6), 252–60.
- Wami, S., Demssie, A., Wassie, M., & Ahmed, A. (2016). Patient safety culture and associated factors: a quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*, 16, 495.
- Wang, X., Liu, K., J-g, X., Hu, H., & L-f, Z. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 51(8), 1114–1122.
- World Health Organization. (n.d.). *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*.
- Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O., Admi, H., & Donchin, Y. (2007). Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med.*, 35, 1312–7.

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<b>Variable dependiente.</b>  Cultura de Seguridad del paciente.	Definición conceptual: La cultura de seguridad del paciente es la medida en que las creencias, los valores y las normas de una organización apoyan y promueven la seguridad del paciente. Estas creencias se extienden a todos los niveles de una organización (por ejemplo, sistema, departamento, unidad) e influyen en las acciones y comportamientos del personal en toda la organización (Schein, 2010).	Definición operacional: Actividades del personal de salud que labora en el Servicio de Centro Quirúrgico, que permite a pacientes a su cargo se encuentren en un ambiente hospitalario seguro. Será medido mediante el Cuestionario de la cultura de seguridad del paciente, tipo Escala de Likert, y valorado en malo, regular y bueno.	Notificación de eventos relacionados con la seguridad.  Percepción global de seguridad.  Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad.  Aprendizaje organizacional/mejora continua	Notificación de errores descubiertos. Notificación de errores previsibles. Notificación de errores sin consecuencias.  No se incrementa grado laboral si implica sacrificar seguridad de paciente. Buenos procedimientos para evitar errores. No ocurren errores por casualidad. No hay problemas de Seguridad del paciente.  Satisfacción por el jefe Sugerencias aceptadas por el jefe Incremento del ritmo laboral sin fijarse en el riesgo de seguridad del paciente. Jefe pasa por alto seguridad del paciente.  Actividades propias de seguridad Medidas específicas para evitar errores Se evalúa efectividad a los cambios realizados	Nunca (1)  Raramente (2)  A veces (3)  Casi siempre (4)  Siempre (5)  -  Muy desacuerdo (1)  En desacuerdo (2)  Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3)  De acuerdo (4)  Muy de acuerdo (5)

			<p>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</p> <p>Franqueza en la comunicación</p> <p>Feed-back y comunicación sobre errores</p> <p>Respuesta no punitiva a los errores</p> <p>Dotación de personal</p> <p>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p>	<p>Apoyo mutuo Trabajo en equipo Respeto entre el equipo Búsqueda de ayuda entre el equipo.</p> <p>Se habla con libertad de los errores Cuestionamiento a superiores Temor por preguntar por procedimiento incorrecto.</p> <p>Notificación de incidente, comunicación Errores en el servicio Comunicación para evitar errores.</p> <p>Uso de errores en contra del personal Búsqueda de culpable ante un error Temor por historial de errores en expediente.</p> <p>Suficiente personal para atención Jornada agotadora Mayor personal Trabajo bajo presión</p> <p>Clima laboral favorable por emisión de gerencia Seguridad del paciente prioridad de gerencia</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>Trabajo en equipo entre unidades</p> <p>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</p>	<p>Gerencia interesada en paciente después de evento adverso.</p> <p>Cooperación entre unidades  Coordinación entre servicios  Descoordinación entre servicios  Incomodidad de trabajo con personal de otros servicios</p> <p>Perdida de información cuando es trasladada a otros servicios  Perdida de información cuando se realiza cambios de turnos  Intercambio de información problemática con otros servicios  Problemas de atención a pacientes producido por el cambio de turno</p>	
<p><b>Variable independiente</b></p> <p>Prevención de Eventos Adversos</p>	<p>Los eventos adversos muchas veces resultan en hospitalización y aumentan el costo de la atención, impactan en la calidad de la atención, disminuyen el desempeño de la medición de calidad y potencialmente conducen a una cascada de eventos para los residentes (Aranaz-Andrés et al., 2011).</p>	<p>Actividades que previenen los riesgos o daños adquiridos por el paciente. Se usarán las dimensiones de administración clínica, procedimientos asistenciales, errores de documentación y medicación. Será medido a través del cuestionario para medir la prevención de eventos adversos (Mori, 2018), tipo Escala de Likert, y</p>	<p>Administración Clínica</p> <p>-Procedimiento Asistencial</p>	<p>No realiza lo indicado. Incompleto o inadecuado. Paciente erróneo. Servicio erróneo.</p> <p>No realiza lo indicado. Incompleto o inadecuado. Paciente erróneo. Procedimiento erróneo. Lugar del cuerpo erróneo.</p> <p>Documentos</p>	<p>Nunca (1)</p> <p>Casi nunca (2)</p> <p>A veces (3)</p> <p>Casi siempre (4)</p> <p>Siempre (5)</p>

		valorado en deficiente, regular y excelente.	-Errores en la Documentación  -Errores en la medicación	ausentes. Demora en el acceso. Documento erróneo. Información incompleta.  Paciente erróneo Medicamento erróneo Dosis o frecuencia. incorrecta Vía errónea. Medicamento caducado.	
--	--	--	---	---	--

**Anexo 2:** Instrumento de recolección de datos

**Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD, Trujillo 2021**

**Encuesta:** Seguridad del Paciente

**Autor:** Carmen Silvestre, adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture.

**Instrucciones generales:** En este momento estamos realizando un estudio que busca determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Para ello, estamos invitando a participar porque usted es personal médico o de enfermería que labora en el Servicio de Centro Quirúrgico.

Nos gustaría presentarle un resumen de nuestro estudio para que, luego de leerlo, Ud. decida si desea participar. Si usted acepta, se procederá a llenar una encuesta, que esperamos responda con la mayor sinceridad posible, completando los cuadros vacíos y marcando su opción de respuesta. Le agradecemos de antemano su tiempo y participación.

Asimismo, 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 completarla. Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

## Sección A: Su Área/Unidad de Trabajo

En esta evaluación, piense en su "unidad" como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del centro donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este centro? Seleccione UNA respuesta,

### Ambito hospitalario

- a. Diversas unidades del centro/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Área de Urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (general, coronaria, pediátrica...)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

### Ambito Atención Primaria

- ñ. Medicina de Familia
- o. Pediatría de Familia
- p. Enfermería Comunitaria
- q. Otros, por favor especifique: \_\_\_\_\_

<b>Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro....</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## 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.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## 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 hemos notificado.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### 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 trabajo de su centro...	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 paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### 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
<input type="checkbox"/> <sub>A</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>B</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>C</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>D</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>E</sub>

### Sección F: Su Centro (Hospital/ Área, Comarca, etc en el caso de Atención Primaria)

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

Piense en su centro...	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 paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

8. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección G: Número de Sucesos Notificados

1. ¿Existe en su centro un procedimiento para notificar incidentes o efectos adversos?

- a. Si                       b. No

2. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o efecto adverso a su superior o a otras instancias? Marque UNA respuesta.

- a. Ninguna notificación                       d. De 6 a 10 notificaciones  
 b. De 1 a 2 notificaciones                       e. De 11 a 20 notificaciones  
 c. De 3 a 5 notificaciones                       f. 21 notificaciones o más

### Sección H: Características de los encuestados

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este centro?

- a. Menos de 1 año                       d. De 11 a 15 años  
 b. De 1 a 5 años                       e. De 16 a 20 años  
 c. De 6 a 10 años                       f. 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad/ área?

- a. Menos de 1 año                       d. De 11 a 15 años  
 b. De 1 a 5 años                       e. De 16 a 20 años  
 c. De 6 a 10 años                       f. 21 años o más

3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este centro?

- a. Menos de 20 horas a la semana                       c. De 40 a 59 horas a la semana  
 b. De 20 a 39 horas a la semana                       d. 60 horas a la semana o más

4. ¿A qué estamento pertenece?

- a. Enfermera                       b. Médico

5. En su puesto de trabajo ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?

- SÍ                       NO

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

- a. Menos de 1 año                       d. De 11 a 15 años  
 b. De 1 a 5 años                       e. De 16 a 20 años  
 c. De 6 a 10 años                       f. 21 años o más

**Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD, Trujillo 2021**

**Encuesta:** Prevención de eventos adversos

**Autor:** Ministerio de Salud del Perú, modificado por Judith Tinedo López.

Módulo 1: Percepción de la prevención de eventos adversos

Instrucciones: Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas.

Considerar que los ítems hacen referencia a la prevención de eventos adversos en el servicio de Centro Quirúrgico. Debe seleccionar según corresponda **Siempre: 5 - Casi siempre 4. - A veces 3 - Casi Nunca 2 - Nunca 1**

Nº	ITEMS	1	2	3	4	5
<b>Dimensión 1: Administración clínica</b>						
1	¿La información clínica de los pacientes está disponible antes de la atención en centro quirúrgico?					
2	¿La historia clínica de los pacientes incluye las características específicas de los pacientes que suponen un potencial riesgo para su seguridad (edad, alergias, patologías)?					
3	¿Se revisa detalladamente los documentos clínicos incluidos en la historia clínica para evitar errores?					
4	¿Se aplica de manera correcta la lista de verificación de cirugía segura?					
5	¿Se confirma la aceptación del procedimiento quirúrgico con la firma del consentimiento informado por el paciente?					
<b>Dimensión 2: Procedimientos asistenciales</b>						

6	¿Se aplica los protocolos de atención y seguridad para los pacientes en centro Quirúrgico?					
7	¿Se dispone de protocolos específicos para la atención de pacientes con mayor riesgo en centro Quirúrgico?					
8	¿Se tiene establecido los procesos que garanticen la comunicación y organización entre los profesionales de distintos turnos para evitar errores en la atención del paciente?					
9	¿Se evalúa periódicamente el cumplimiento de protocolos específicos para la atención de pacientes en centro quirúrgico?					
10	¿Se tiene establecido procedimientos para evitar errores de identificación del paciente?					
<b>Dimensión 3: Errores en la documentación</b>						
12	¿Existen documentos ausentes o no disponibles en la historia clínica al ingresar a centro quirúrgico?					
13	¿Existe demora en el acceso a la Historia Clínica?					
14	¿La historia clínica o algunos de sus documentos no corresponden al paciente programado?					
15	¿Los documentos de la historia clínica son claros, legibles y completos?					
<b>Dimensión 4: Errores en la medicación</b>						
16	¿Se verifica detalladamente los fármacos para el tratamiento del paciente en Centro quirúrgico?					
17	¿Se verifica la medicación, dosis y frecuencia en cada paciente?					
18	¿Ocurren omisiones del registro de medicamentos utilizados en centro quirúrgico?					

20	¿La administración de medicamento ocurre de una forma farmacéutica distinta a la prescrita?					
----	---	--	--	--	--	--

### Anexo 3: Validez y confidencialidad de los instrumentos

#### a. Validez de contenido del instrumento de Prevención de eventos adversos

#### CONSTANCIA DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>Dimensión 1: Administración clínica</b>								
1	¿La información clínica de los pacientes está disponible antes de la atención en centro quirúrgico?	X		X		X		
2	¿La historia clínica de los pacientes incluye las características específicas de los pacientes que suponen un potencial riesgo para su seguridad (edad, alergias, patologías)?	X		X		X		
3	¿Se revisa detalladamente los documentos clínicos incluidos en la historia clínica para evitar errores?	X		X		X		
4	¿Se aplica de manera correcta lista de verificación de cirugía segura?	X		X			X	Incluir "la" antes de lista.
5	¿Se confirma la aceptación del procedimiento quirúrgico con la firma del consentimiento informado?	X		X			X	Incluir "por el paciente" después de informado.
<b>Dimensión 2: Procedimientos asistenciales</b>								
6	¿Se aplica los protocolos para la atención de pacientes en centro Quirúrgico?	X		X			X	Incluir "protocolos de seguridad y atención para" antes de pacientes
7	¿Se dispone de protocolos específicos para la atención de pacientes con mayor riesgo en centro Quirúrgico?	X		X		X		
8	¿Se tiene establecido los procesos que garanticen la comunicación y organización entre los profesionales y turnos para evitar errores en la atención del paciente?	X		X		X		
9	¿Se evalúa periódicamente el cumplimiento de protocolos específicos para la atención de pacientes en centro quirúrgico?	X		X		X		
10	¿Se tiene establecido procedimientos para evitar errores de identificación del paciente?	X		X		X		
<b>Dimensión 3: Errores en la documentación</b>								
12	¿Existen documentos ausentes o no disponibles en la historia clínica al ingresar a centro quirúrgico?	X		X		X		
13	¿Existe demora en el acceso a la Historia Clínica?	X		X		X		
14	¿La historia clínica o algunos de sus documentos no corresponden al paciente programado?	X		X		X		

15	¿Son los documentos de la historia clínica claros, legible y completos?	X		X		X	
	<b>Dimensión 4: Errores en la medicación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
16	¿Se realiza la verificación detallada de los fármacos para el tratamiento del paciente quirúrgico?	X		X		X	
17	¿Se verifica la medicación, dosis y frecuencia en cada paciente?	X		X		X	
18	¿Ocurren omisiones del registro de medicamentos utilizados en centro quirúrgico?	X		X		X	
20	¿La administración de medicamento ocurre de una forma farmacéutica distinta a la prescrita?	X		X		X	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Las preguntas planteadas son suficientes para medir las dimensiones propuestas.

**Opinión de aplicabilidad:** Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

**Apellidos y nombres del juez validador:** MSc. BSN. Janina Bazalar Palacios **DNI:** 70559110

**Código Orcid:** 0000-0001-8515-0742

**Especialidad del validador:** Investigadora epidemiológica

Trujillo 29 de octubre del 2021

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



MSc. Janina Bazalar Palacios  
Investigador CONCYTEC N° P0071408

**CONSTANCIA DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>Dimensión 1: Administración clínica</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
1	¿La información clínica de los pacientes está disponible antes de la atención en centro quirúrgico?	X		X		X		
2	¿La historia clínica de los pacientes incluye las características específicas de los pacientes que suponen un potencial riesgo para su seguridad (edad, alergias, patologías)?	X		X		X		
3	¿Se revisa detalladamente los documentos clínicos incluidos en la historia clínica para evitar errores?	X		X		X		
4	¿Se aplica de manera correcta lista de verificación de cirugía segura?	X		X		X		
5	¿Se confirma la aceptación del procedimiento quirúrgico con la firma del consentimiento informado?	X		X		X		
<b>Dimensión 2: Procedimientos asistenciales</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
6	¿Se aplica los protocolos para la atención de pacientes en centro Quirúrgico?	X		X		X		
7	¿Se dispone de protocolos específicos para la atención de pacientes con mayor riesgo en centro Quirúrgico?	X		X		X		
8	¿Se tiene establecido los procesos que garanticen la comunicación y organización entre los profesionales y turnos para evitar errores en la atención del paciente?	X		X			X	Reemplazar a "entre profesionales y turnos" por "entre profesionales de distintos turnos"
9	¿Se evalúa periódicamente el cumplimiento de protocolos específicos para la atención de pacientes en centro quirúrgico?	X		X		X		
10	¿Se tiene establecido procedimientos para evitar errores de identificación del paciente?	X		X		X		
<b>Dimensión 3: Errores en la documentación</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
12	¿Existen documentos ausentes o no disponibles en la historia clínica al ingresar a centro quirúrgico?	X		X		X		
13	¿Existe demora en el acceso a la Historia Clínica?	X		X		X		
14	¿La historia clínica o algunos de sus documentos no corresponden al paciente programado?	X		X		X		

15	¿Son los documentos de la historia clínica claros, legible y completos?	X		X			X	Reemplazar "son los documentos", por "Los documentos de la historia clínica son".
<b>Dimensión 4: Errores en la medicación</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
16	¿Se realiza la verificación detallada de los fármacos para el tratamiento del paciente quirúrgico?	X		X		X		
17	¿Se verifica la medicación, dosis y frecuencia en cada paciente?	X		X		X		
18	¿Ocurren omisiones del registro de medicamentos utilizados en centro quirúrgico?	X		X		X		
20	¿La administración de medicamento ocurre de una forma farmacéutica distinta a la prescrita?	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Las preguntas planteadas son suficientes para medir las dimensiones propuestas.

**Opinión de aplicabilidad:**   Aplicable [ ]       Aplicable después de corregir [ X ]       No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** MSc. MD. Jessica Zafra Tanaka   DNI: 46099768

**Código Orcid:** 0000-0001-6386-6643

**Especialidad del validador:** Investigadora epidemiológica

Trujillo 29 de octubre del 2021

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

\_\_\_\_\_  
MSc. Jessica Zafra Tanaka  
Investigador CONCYTEC N° P0023747

**CONSTANCIA DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>Dimensión 1: Administración clínica</b>								
1	¿La información clínica de los pacientes está disponible antes de la atención en centro quirúrgico?	X		X		X		
2	¿La historia clínica de los pacientes incluye las características específicas de los pacientes que suponen un potencial riesgo para su seguridad (edad, alergias, patologías)?	X		X		X		
3	¿Se revisa detalladamente los documentos clínicos incluidos en la historia clínica para evitar errores?	X		X		X		
4	¿Se aplica de manera correcta lista de verificación de cirugía segura?	X		X		X		
5	¿Se confirma la aceptación del procedimiento quirúrgico con la firma del consentimiento informado?	X		X		X		
<b>Dimensión 2: Procedimientos asistenciales</b>								
6	¿Se aplica los protocolos para la atención de pacientes en centro Quirúrgico?	X		X		X		
7	¿Se dispone de protocolos específicos para la atención de pacientes con mayor riesgo en centro Quirúrgico?	X		X		X		
8	¿Se tiene establecido los procesos que garanticen la comunicación y organización entre los profesionales y turnos para evitar errores en la atención del paciente?	X		X		X		
9	¿Se evalúa periódicamente el cumplimiento de protocolos específicos para la atención de pacientes en centro quirúrgico?	X		X		X		
10	¿Se tiene establecido procedimientos para evitar errores de identificación del paciente?	X		X		X		
<b>Dimensión 3: Errores en la documentación</b>								
12	¿Existen documentos ausentes o no disponibles en la historia clínica al ingresar a centro quirúrgico?	X		X		X		
13	¿Existe demora en el acceso a la Historia Clínica?	X		X		X		
14	¿La historia clínica o algunos de sus documentos no corresponden al paciente programado?	X		X		X		

15	¿Son los documentos de la historia clínica claros, legible y completos?	X		X		X		
<b>Dimensión 4: Errores en la medicación</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
16	¿Se realiza la verificación detallada de los fármacos para el tratamiento del paciente quirúrgico?	X		X			X	Colocar "Se verifica detalladamente los fármacos" y reemplazar
17	¿Se verifica la medicación, dosis y frecuencia en cada paciente?	X		X		X		
18	¿Ocurren omisiones del registro de medicamentos utilizados en centro quirúrgico?	X		X		X		
20	¿La administración de medicamento ocurre de una forma farmacéutica distinta a la prescrita?	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Las preguntas planteadas son suficientes para medir las dimensiones propuestas.

**Opinión de aplicabilidad:** Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

**Apellidos y nombres del juez validador:** MSc. ~~Ps.~~ Julio Cjuno Suni

**Código Orcid:** 0000-0001-6732-0381

**Especialidad del validador:** Investigador

Trujillo 29 de octubre del 2021

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



MSc. Julio Cjuno Suni  
Investigador CONCYTEC N° P0043809

b. Prueba de Confiabilidad del instrumento de prevención de eventos adversos.

```
. alpha P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12 P13 P14 P15 P16 P17 P18, std item detail
```

Test scale = mean(standardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
P1	15	+	0.5248	0.4624	0.4546	0.9341
P2	15	+	0.4639	0.3968	0.4602	0.9354
P3	15	+	0.6712	0.6230	0.4413	0.9307
P4	15	+	0.7889	0.7551	0.4306	0.9278
P5	15	+	0.6211	0.5674	0.4459	0.9319
P6	15	+	0.8021	0.7702	0.4294	0.9275
P7	15	+	0.8391	0.8125	0.4261	0.9266
P8	15	+	0.9114	0.8960	0.4195	0.9247
P9	15	+	0.6368	0.5849	0.4444	0.9315
P10	15	+	0.7163	0.6733	0.4372	0.9296
P11	15	-	0.5376	0.4762	0.4535	0.9338
P12	15	-	0.7493	0.7104	0.4342	0.9288
P13	15	-	0.7244	0.6824	0.4365	0.9294
P14	15	+	0.5035	0.4393	0.4566	0.9346
P15	15	+	0.5428	0.4818	0.4530	0.9337
P16	15	+	0.6980	0.6527	0.4389	0.9301
P17	15	-	0.7724	0.7365	0.4321	0.9282
P18	15	-	0.8505	0.8256	0.4250	0.9263
Test scale					0.4400	0.9339

## Anexo 4. Autorización de aplicación de instrumento de evaluación



**"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

**RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD  
OFICINA DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA**

**PI N°63 CIYE- O.C.I.Y D-RALL-ESSALUD-2021**

### **CONSTANCIA N.º 70**

El presidente del Comité de Investigación de la Red Asistencial La Libertad – ESSALUD, ha aprobado el Proyecto de Investigación Títulado:

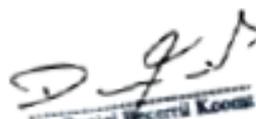
**"CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY – ESSALUD, TRUJILLO 2021"**

**TINEDO LÓPEZ, JUDITH IVÓN**

Al finalizar el desarrollo de su proyecto deberá alcanzar un ejemplar del trabajo desarrollado vía virtual al email ([capacitacionrall@gmail.com](mailto:capacitacionrall@gmail.com)), según Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD-2016, a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - GRALL, caso contrario la información del Trabajo de Investigación no será avalada por ESSALUD.

Trujillo, 15 de noviembre del 2021

  
.....  
Dr. Andrés Sánchez Reyes  
**PRESIDENTE**  
Comité de Investigación  
Of. Capacitación, Docencia  
e Investigación - R.A.L.L.  


  
.....  
Dr. Daniel Yacuzzi Kooma  
OFICINA DE  
INVESTIGACIÓN

## **Anexo 5. Declaratoria de autenticidad**

Yo, Judith Ivon Tinedo López, estudiante del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, sede/filial Trujillo con DNI 18207305; declaro que el trabajo académico titulado “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte EcheGARAY – ESSALUD, Trujillo 2021.”, presentado para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en el trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completo ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uno de materia intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 15 de noviembre de 2021.

## **Anexo 6.** Tablas de Características de la población

De un total de 97 personales de salud entre médicos y enfermeros, la media de edad fue de 46.67 (DS = 11.9).

### **Característica de la población de estudio según el régimen laboral**

Régimen	n (%)
Contratado	75 (77.3)
Nombrado	22 (22.7)

Nota: Base de datos del SPSS 25

Un 77.3% de profesionales es de régimen laboral contratado.

### **Característica de la población de estudio según el tiempo de trabajo en el Hospital actual**

Tiempo de trabajo en el Hospital actual	n (%)
Menos de 1 año	27 (27.8)
De 1 a 5 años	21 (21.7)
De 6 a 10 años	18 (18.6)
De 11 a 15 años	7 (7.2)
De 16 a 20 años	15 (15.5)
21 años o más	9 (9.3)

Nota: Base de datos del SPSS 25

El 27.8% de profesionales tiene menos de un año trabajando en el Hospital Víctor Lazarte.

### **Característica de la población de estudio según el tiempo de trabajo en el servicio actual**

Tiempo de trabajo en el servicio actual	n (%)
Menos de 1 año	22 (22.7)
De 1 a 5 años	24 (24.7)
De 6 a 10 años	17 (17.5)
De 11 a 15 años	8 (8.3)
De 16 a 20 años	16 (16.5)
21 años o más	10 (10.3)

Nota: Base de datos del SPSS 25

El 24.7% tiene entre 1 a 5 años trabajando en el servicio de Centro Quirúrgico.

### **Característica de la población de estudio según las horas de trabajo semanal**

Horas de trabajo semanal	n (%)
Menos de 20 horas a la semana	3 (3.1)
De 20 a 39 horas a la semana	56 (57.7)
De 40 a 59 horas a la semana	28 (28.9)
60 horas a la semana o más	10 (10.3)

Nota: Base de datos del SPSS 25

El 57.7% tiene entre 20 a 39 horas a la semana trabajando en el servicio de Centro Quirúrgico.

### **Característica de la población de estudio según el estamento perteneciente**

Estamento perteneciente	n (%)
Médico	29 (30.2)
Enfermera	67 (69.8)

Nota: Base de datos del SPSS 25

En cuanto a la categoría profesional, el 69.8% eran enfermeras y 30.2% médicos.

### **Característica de la población de estudio según el tiempo de trabajo en su actual especialidad**

Tiempo de trabajo en su actual especialidad	n (%)
Menos de 1 año	9 (9.3)
De 1 a 5 años	12 (12.4)
De 6 a 10 años	14 (14.4)
De 11 a 15 años	10 (10.3)
De 16 a 20 años	19 (19.6)
21 años o más	33 (34.0)

Nota: Base de datos del SPSS 25

En cuanto al tiempo de trabajo en su actual especialidad, el 34.0% tiene más de 21 años trabajando en el Servicio de Centro Quirúrgico.

## Anexo 7. Prueba de Hipótesis

### Hipótesis General

H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

*Prueba de Chi-cuadrado de Pearson & Prueba exacta de Fisher*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,307 <sup>a</sup>	1	0.580	
Prueba exacta de Fisher				0.683
N de casos válidos	97			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,35.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba exacta de Fisher* de 0.307, con un nivel de significancia de 0.683 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza H<sub>1</sub> y se acepta H<sub>0</sub>; es decir, no existe relación entre la cultura

de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 1

- H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la notificación de eventos y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.
- H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la notificación de eventos y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

### Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según la notificación de eventos y la prevención de eventos adversos

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	8,673 <sup>a</sup>	2	0.013
N de casos válidos	97		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,18.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 8,673, con un nivel de significancia de 0.013 que es menor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ ; es decir, existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la notificación de eventos y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## **Prueba de Hipótesis**

### **Hipótesis Específica 2**

$H_0$  No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

$H_1$  Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_1$

*Prueba de Chi-cuadrado de Pearson & Prueba exacta de Fisher*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,011 <sup>a</sup>	1	0.916	
Prueba exacta de Fisher				1.000
N de casos válidos	97			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,21.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba exacta de Fisher* de 0.011, con un nivel de significancia de 1.000 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza H1 y se acepta H0; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la percepción de seguridad y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 3

H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según las expectativas y acciones de la dirección y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según las expectativas y acciones de la dirección y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_1$

*Prueba de Chi-cuadrado de Pearson & Prueba exacta de Fisher*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según las expectativas y acciones de la dirección y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,023 <sup>a</sup>	1	0.880	
Prueba exacta de Fisher				1.000
N de casos válidos	97			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba exacta de Fisher* de 0.023, con un nivel de significancia de 1.000 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_1$  y se acepta  $H_0$ ; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según las expectativas y acciones de la dirección y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 4

$H_0$  No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el aprendizaje organizacional y prevención de eventos adversos Centro

Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el aprendizaje organizacional y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

#### *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según el aprendizaje organizacional y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,214 <sup>a</sup>	2	0.545
N de casos válidos	97		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,88.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 1,214, con un nivel de significancia de 0.545 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza H<sub>1</sub> y se acepta H<sub>0</sub>; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el aprendizaje organizacional y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 5

H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

### Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,917 <sup>a</sup>	2	0.632
N de casos válidos	97		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,63.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 0,917, con un nivel de significancia de 0.632 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza H<sub>1</sub> y se acepta H<sub>0</sub>; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo

y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

### Prueba de Hipótesis

#### Hipótesis Específica 6

H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la franqueza en la comunicación y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la franqueza en la comunicación y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

#### Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según la franqueza en la comunicación y la prevención de eventos adversos

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	3,926 <sup>a</sup>	2	0.140
N de casos válidos	97		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,42.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 3,926, con un nivel de significancia de 0.140 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza H1 y se acepta H0; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la franqueza en la comunicación y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 7

- H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el feedback y la comunicación de errores y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.
- H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el feedback y la comunicación de errores y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

### *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según el feedback y la comunicación de errores y la prevención de eventos adversos

Valor	df	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	20,861 <sup>a</sup>	2	0.000
N de casos válidos	97		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,42.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 20,861, con un nivel de significancia de 0.000 que es menor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ ; es decir, existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el feedback y la comunicación de errores y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 8

$H_0$  No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la respuesta no punitiva a los errores y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

$H_1$  Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la respuesta no punitiva a los errores y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_1$

### *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según la respuesta no punitiva a los errores y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,048 <sup>a</sup>	2	0.007
N de casos válidos	97		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,24.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 10,048, con un nivel de significancia de 0.007 que es menor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ ; es decir, existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la respuesta no punitiva a los errores y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 9

- $H_0$  No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.
- $H_1$  Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_1$

#### *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal y la prevención de eventos adversos

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	,021 <sup>a</sup>	2	0.989
N de casos válidos	97		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,72.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 0,021, con un nivel de significancia de 0.989 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_1$  y se acepta  $H_0$ ; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según la dotación de personal y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

#### **Prueba de Hipótesis**

##### **Hipótesis Específica 10**

$H_0$  No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el apoyo de la gerencia del hospital y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

$H_1$  Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el apoyo de la gerencia del hospital y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna  $H_1$

#### *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según el apoyo de la gerencia del hospital y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,578 <sup>a</sup>	2	0.101
N de casos válidos	97		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,45.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 4,578, con un nivel de significancia de 0.101 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_1$  y se acepta  $H_0$ ; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el apoyo de la gerencia del hospital y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

#### **Prueba de Hipótesis**

##### **Hipótesis Específica 11**

$H_0$  No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo entre servicios y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico

del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo entre servicios y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

#### *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson*

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo entre servicios y la prevención de eventos adversos

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	1,440 <sup>a</sup>	2	0.487
N de casos válidos	97		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,39.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 1,440, con un nivel de significancia de 0.487 que es mayor al valor de 0.05. Por lo tanto, se rechaza H<sub>1</sub> y se acepta H<sub>0</sub>; es decir, no existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según el trabajo en equipo entre servicios y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Prueba de Hipótesis

### Hipótesis Específica 12

H<sub>0</sub> No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambios de turno y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

H<sub>1</sub> Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambios de turno y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis alterna H<sub>1</sub>

### Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Asociación: Cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambios de turno y la prevención de eventos adversos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	11,292 <sup>a</sup>	2	0.004
<b>N de casos válidos</b>	97		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,69.

**Interpretación:** De acuerdo al valor de la *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson* de 11,292, con un nivel de significancia de 0.004 que es menor al valor de

0.05. Por lo tanto, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ ; es decir, existe relación entre la cultura de seguridad del paciente según los problemas en cambios de turno y prevención de eventos adversos Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.

## Anexo 8. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DE PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEÓRICO	MÉTODOS
Problema General	Hipótesis	Objetivo General			
¿Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente con prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021?	<p>Hipótesis nula: Sí existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.</p> <p>Hipótesis alterna: No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo, septiembre 2021-enero 2022.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar la cultura de seguridad del paciente según percepción del personal de salud en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.</li> <li>– Identificar la prevención de eventos adversos según percepción del personal de salud en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.</li> <li>– Establecer la relación entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente con la prevención de eventos adversos en personal de salud</li> </ul>	<p><b>Variable Dependiente.</b></p> <p>Cultura de Seguridad del paciente.</p> <p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Prevención de Eventos Adversos</p>	<p>Castañeda, Garza, González, Pineda, Acevedo, y Aguilera (2014), en Tamaulipas México, realizaron un estudio titulado: Percepción de la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en un Hospital General del Sistema de Salud. El objetivo fue identificar la percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal.</p> <p>Mendoza (2014), en Maracaibo Venezuela, realizó un estudio titulado: Conocimiento de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos de los profesionales de la Salud. El objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. El estudio fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal y de diseño correlacional. La</p>	<p><b>Diseño:</b> No experimental, correlacional y transversal</p> <p><b>Población:</b> Personal médico y de enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo septiembre-noviembre 2021</p> <p><b>Muestra:</b> No probabilístico por conveniencia limitado a un periodo de tiempo.</p> <p>Muestra conformada por el total de la población</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b> Nombre: Cuestionario de la cultura de seguridad</p>

		de Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo; Octubre – Noviembre 2021.		población estuvo conformada por 120 profesionales de enfermería. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario.	del paciente Autor: Medical Office Survery on Patient Safety Culture (MOSPS) Año: 2017 Lugar: Perú  Nombre: Cuestionario de Prevención de Eventos adversos Autor: Judith Tinedo Año: 2021 Lugar: Perú Contenido: 18 ítems
--	--	--	--	---	--



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, GUZMÁN AVALOS ELIANA JACKELINE, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD, Trujillo 2021.", cuyo autor es TINEDO LOPEZ JUDITH IVON, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 03 de Enero del 2022

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
GUZMÁN AVALOS ELIANA JACKELINE <b>DNI:</b> 19100573 <b>ORCID</b> 00000-0003-2833-5665	Firmado digitalmente por: EGUZMANAV el 14-01- 2022 19:42:00

Código documento Trilce: TRI - 0250272