

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

CONOCIMIENTOS, PERCEPCIÓN Y ACTITUDES SOBRE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, PROVINCIA DE IMBABURA
PERIODO 2013 - 2014.

AUTORES: Enríquez Cuchala Armando Javier
Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Mercedes Cruz

IBARRA - ECUADOR

2014

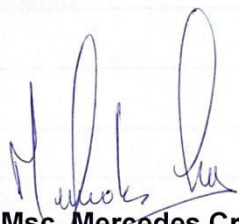
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de directora de la tesis de grado, presentada por: Enríquez Cuchala Armando Javier y Sánchez Quimbiulco Maritza Jackqueline, para obtener el título de Licenciados en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Por medio del presente documento dejo ventada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

En la ciudad de Ibarra, a los... días del mes de...de 2014.

CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	100322548-7	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Enríquez Cuchala Armando Javier	
DIRECCIÓN:		Av. Rafael Miranda 4-25	
E-MAIL:		armandoj@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:	062555878	TELÉFONO MÓVIL:	


Msc. Mercedes Cruz
C.I. 100150053-5

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	100307112-0	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Sánchez Quimbiulco Maritza Jackqueline	
DIRECCIÓN:		Ayara Casa Esmeraldas y Portoviejo	
E-MAIL:		maritza_1415@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:	062955574	TELÉFONO MÓVIL:	0988568315

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	CONOCIMIENTOS, PERCEPCIÓN Y ACTITUDES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INTERNIOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, PROVINCIA DE IMBABURA PERÍODO 2013-2014
AUTOR (ES):	Enríquez Cuchala Armando Javier Sánchez Quimbiulco Maritza Jackqueline
FECHA (AAAA-MM-DD):	2014-10-14



**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA IDENTIDAD:	DE	100339657-7	
APELLIDOS NOMBRES:	Y	Enríquez Cuchala Armando Javier	
DIRECCIÓN:		Av. Rafael Miranda 4-25	
EMAIL:		aelomax@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0988588316

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA IDENTIDAD:	DE	100357112-0	
APELLIDOS NOMBRES:	Y	Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline	
DIRECCIÓN:		Ayora Calle Esmeraldas y Portoviejo	
EMAIL:		maritza_0115@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0987737109

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	CONOCIMIENTOS, PERCEPCIÓN Y ACTITUDES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2013 - 2014
AUTOR (ES):	Enríquez Cuchala Armando Javier Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline
FECHA: AAAAMMDD	2014-10-14

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciados en Enfermería.
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Mercedes Cruz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

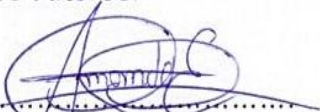
Yo, Enríquez Cuchala Armando Javier, con cédula de identidad Nro. 100339657-7, y yo Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline con cédula de identidad Nro. 100357112-0, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular del derecho patrimonial, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 14 días del mes de Octubre del 2014

Los autores:



 Enríquez Cuchala Armando Javier



 Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline

Aceptación:



 Ing. Betty Chávez
 JEFE DE BIBLIOTECA



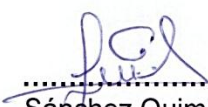
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Enríquez Cuchala Armando Javier, con cédula de identidad Nro.100339657-7 y yo Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline con cédula de identidad Nro. 100357112-0, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: "CONOCIMIENTOS, PERCEPCIÓN Y ACTITUDES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, PROVINCIA DE IMBABURA PERIODO 2013 - 2014"., que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciados de enfermería, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 14 días del mes de Octubre del 2014

Los autores:


.....
Enríquez Cuchala Armando Javier
C.I.: 100339657-7


.....
Sánchez Quimbiulco Maritza Jackeline
C.I.: 100357112-0

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la voluntad de mi Madre que deseó que concluyera esta carrera universitaria, también a mi padre y mis hermanos que siempre apoyaron mis esfuerzos.

“Armando”

Dedico está investigación a Dios y a la Virgen Santísima del Quinche por bendecirme con la salud y la vida, a una persona muy especial que desde el cielo me llena de bendiciones, a mis Padres por todo el apoyo brindado y esfuerzo realizado a lo largo de toda mi vida, a mi esposo y a mi hijo siendo ellos mi mayor fuente de inspiración y motivación de superación.

“Maritza”

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, docentes y personas que a lo largo de esta carrera universitaria siempre supieron apoyarme.

“Armando”

Agradezco a Dios por guiarme, darme salud y vida, a mi padre, mi madre y mi hermano por ser el pilar fundamental en mi vida por su constante esfuerzo, apoyo y dedicación para mi superación personal, quienes son mi mayor ejemplo de vida y superación.

A mi esposo, este es un logro que quiero compartir con él, gracias por ser parte de mi vida y por todo el apoyo brindado. A mi hijo, que gracias a su llegada me enseñó a crecer como mujer y madre, siendo él mi mayor orgullo.

“Maritza”

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR	i
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN	xiii
SUMMARY.....	xiv
CAPITULO I.....	1
1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1.- Planteamiento del problema	1
1.2.- Formulación del problema	4
1.3.- Justificación	5
1.4.- Objetivos.....	8
1.4.1.- Objetivo General	8
1.4.2.- Objetivos específicos	8
1.5.- Preguntas de investigación.....	9
CAPITULO II.....	10
2.- MARCO TEÓRICO	10
2.1.- Antecedentes.....	10
2.2.- Marco conceptual	12
2.2.1.- Seguridad del paciente	12
2.2.2.- Evento adverso	13
2.2.2.1.- Tipos de eventos adversos	13

2.2.3.- Bioseguridad	14
2.2.4.- Lavado de manos	14
2.3.- Marco contextual	15
2.3.1 Caracterización de la Universidad Técnica del Norte.....	15
2.3.2 Misión y Visión la Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte.	16
2.3.3. Historia de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte	17
2.3.4. Líneas de Investigación de la Carrera Enfermería	18
2.4.- Marco referencial	21
2.5.- Marco legal	32
2.5.1.- Constitución 2008	32
2.5.2.- Ley orgánica de salud	33
2.5.3.- Derechos del paciente	34
2.6.- Marco ético	36
2.6.1 Principios Éticos Generales	37
2.6.2.- Principios básicos	38
2.6.3.- Pautas.....	41
2.6.4.- Beneficios y riesgos de participar en un estudio	43
CAPÍTULO III.....	45
3.- METODOLOGÍA	45
3.1.- Tipo de estudio y diseño.....	45
3.2. Lugar de estudio	45
3.3.- Población y muestra	45
3.4.- Criterios de inclusión y exclusión.....	46
3.4.1.- Criterios de inclusión.....	46
3.4.2.- Criterios de exclusión.....	46
3.5.- Técnicas e instrumentos.....	46
3.5.1.- Técnicas.....	46

3.5.2.- Instrumentos	47
3.6.- Procedimiento.....	47
3.7.- Análisis de datos	48
3.8.- Validez y confiabilidad	49
3.9.- Matriz de relación de variables	50
CAPITULO IV	55
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
4.1.- Datos demográficos.....	56
4.2.- Sección A: Conocimientos.....	57
4.2.1 Seguridad del paciente	57
4.2.2.- Objetivo de la seguridad del paciente	58
4.2.3.- Error vs Evento adverso.....	59
4.2.4.- Evento adverso	60
4.2.5.- Infecciones nosocomiales	61
4.2.6.- Lavado de manos	62
4.3.- Sección B: Percepción	63
4.3.1- Tipo de errores.....	63
4.3.2- Causas de eventos adversos.....	64
4.3.3- Condiciones de errores	65
4.3.4- Estrategias de prevención.....	66
4.3.5- Detección de eventos adversos	67
4.4.- Sección C: Actitudes	69
4.4.1- Atención Segura	69
4.6.- Conclusiones	71
4.7.- Recomendaciones.....	73
CAPITULO V	75
5.- PROPUESTA.....	75

5.1.- Introducción	75
5.2.- Justificación	75
5.3.- Objetivos del curso	76
5.3.1.- General	76
5.3.2.- Específicos.....	76
5.4.- Metodología.....	77
5.5.- Módulos de estudio	77
5.5.1.- Módulo I	78
5.5.1.1.- Breve historia.....	78
5.5.1.2.- Seguridad del paciente	79
5.5.1.3.- Cultura de seguridad del paciente	79
5.5.1.4.- Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad.....	79
5.5.2.- Módulo II.....	80
5.5.2.1.- Que es un evento adverso.....	80
5.5.2.2.- Tipos de eventos adversos	81
5.5.2.3.- Cultura del reporte de eventos adversos	81
5.5.3.- Modulo III	82
5.5.3.1- Factores que influyen en la seguridad del paciente.....	83
5.5.3.2- Alcances de la cultura de seguridad del paciente	85
5.5.3.3- Clima de seguridad para el paciente	85
5.5.4.- Modulo IV.....	88
5.5.4.1.- Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad	88
5.5.4.2.- Política institucional de seguridad del paciente	90
5.5.4.3.- Trabajo en equipo.....	91
5.5.5.- Modulo V	92

5.5.5.1- Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad	92
5.5.5.2.- La enfermera líder de conocer sobre:.....	94
5.5.5.3.- Calidad de atención por el personal de enfermería	96
5.5.5.4.- Horas laborables por el personal de enfermería.....	100
5.6.- Cuestionarios.....	103
5.6.1.- Preguntas del módulo I	103
5.6.2.- Preguntas modulo II	105
5.6.3.- Preguntas del Módulo III	107
5.6.4.- Preguntas del Módulo VI.....	109
5.6.5.- Preguntas del Módulo V	111
Bibliografía	113
Anexos	117
Glosario de términos.....	118
Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente	124

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relación entre género y edad	56
Gráfico 2: Seguridad del paciente (A1)	57
Gráfico 3: Objetivo de la seguridad del paciente (A2)	58
Gráfico 4: Error vs Evento adverso (A3)	59
Gráfico 5: Evento adverso (A4)	60
Gráfico 6: Infecciones nosocomiales (A5)	61
Gráfico 7: Lavado de manos (A6)	62
Gráfico 8: Tipo de errores (B1)	63
Gráfico 9: Causas de eventos adversos (B2)	64
Gráfico 10: Condiciones de errores (B3)	65
Gráfico 11: Estrategias de prevención (B4)	66
Gráfico 12: Detección de eventos adversos (B5)	67
Gráfico 13: Tipo de personal involucrado en seguridad del paciente (B6)	68
Gráfico 14: Atención Segura (C1)	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de relación de variables	50
---	----

**CONOCIMIENTOS PERCEPCIÓN Y ACTITUDES SOBRE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, PROVINCIA DE IMBABURA
PERIODO 2013 - 2014**

RESUMEN

Autores: Armando Javier Enríquez Cuchala
Maritza Jackeline Sánchez Quimbiulco
Directora de Tesis: Msc. Mercedes Cruz

Este estudio prospectivo cuali-cuantitativo con un diseño no experimental objetivo determinar conocimientos, percepción y actitudes del Internado rotativo de Universidad Técnica del Norte en la ciudad de Ibarra en el de periodo 2013-2014, mediante una encuesta validada, aplicada a 64 Internos de enfermería en la cual se identificó aspectos favorables y otros problemáticos.

Entre los principales hallazgos en la sección A (conocimientos), revelo que cerca de la mitad de internos de enfermería conoce el significado de seguridad del paciente y sus principales objetivos. Así también diferencian los eventos adversos de los errores. Con respecto a mecanismos de transmisión más común de infecciones hospitalarias de la pregunta A5, el 82,8% de encuestados respondió correctamente, así como en la gran mayoría reconoció la importancia del lavado de manos.

La sección B (Percepción), revelo que la mayoría no ha observado errores, sin embargo los que si los han percibido manifiestan que es frecuente el error medicamentoso. También se relaciona la sobrecarga laboral y la falta de conocimientos como causas de eventos adversos, así como la falta de supervisión como condición determinante en la producción de errores. Se aprecia un desconocimiento de estrategias de prevención de eventos adversos, lo cual está relacionado con la escasa promoción de temas de seguridad de paciente por parte de las instituciones de práctica. A su vez los resultados de la sección C (Actitudes) reveló que los internos de enfermería se inclinaron principalmente por la "Autoeducación", seguido por la opción de "Aplicar conocimientos" y con la "Mejoración de atención" como actitudes que revelan un gran interés con respecto al tema.

Palabras clave: Seguridad del paciente, evento adverso, error, conocimiento, percepción, aptitudes, cultura, Internos de enfermería.

**KNOWLEDGE, PERCEPTIONS AND ATTITUDES ABOUT PATIENT
SAFETY IN NURSING ROTARY INTERNAL OF UNIVERSIDAD TÉCNICA
DEL NORTE IMBABURA PROVINCE PERIOD 2013 - 2014**

SUMMARY

Authors: Armando Javier Enríquez Cuchala
Maritza Jackeline Sánchez Quimbiulco
Director of Thesis: Msc. Mercedes Cruz

This prospective qualitative and quantitative study with a not experimental design objective determine knowledge, perception and attitudes of the rotating Internship of Universidad Técnica del Norte in Ibarra city in the period 2013-2014, through a validated survey, applied to 64 Interns nursing in which favorable and problematic aspects were identified.

Among the main findings in section A (knowledge) was revealed that about half of internal nursing knows the meaning of patient safety and its main objectives. Also they differentiate adverse events from mistakes. With respect to mechanisms of common hospital infection transmission of A5 question, 82.8% of surveyed answered correctly as well as the majority recognized the importance of hand washing.

The section B (Perception) revealed that most of them have not observed mistakes, however, those who have perceived shows that the drug mistake is frequent. Also, the work overload and the lack of knowledge are related like causes of adverse events, and lack of supervision as determining factor in the production of mistakes. Ignorance of prevention strategies adverse events were observed, which is related to the poor promotion of patient safety issues by practice institutions. At the same time the results of Section C (Attitudes) revealed that internal nursing mainly inclined for the "Self-education", followed by the option of "apply knowledge" and the "attention improvement" like attitudes that reveal a great interest with respect to the subject.

Key words: Patient safety culture, patient safety, adverse event, mistake, knowledge, perception, skills, culture, Internal nursing.

**CONOCIMIENTOS PERCEPCIÓN Y ACTITUDES SOBRE SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, PROVINCIA DE IMBABURA
PERIODO 2013 - 2014**

CAPITULO I

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Planteamiento del problema

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Es un objetivo de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos, encaminado a una atención eficaz y segura en todo momento de su estancia en los servicios de salud. Mejorarla requiere de una labor exhaustiva en la cual están involucrados todos los profesionales de la salud, los cuales deberían tomar conciencia de lo importante que es este tema.

La práctica sanitaria conlleva riesgos para pacientes y profesionales que los atienden. Las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, en caso, de que el paciente sufra un efecto adverso (EA), es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos eventos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.).

Esta es la razón de que se hayan promovido programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes.

En el mundo se han realizado varios estudios para evaluar la incidencia de los eventos adversos, algunos de los más relevantes son los estudios de Nueva York, Utah, Colorado, Australia, Nueva Zelanda, Londres, Dinamarca y en el mundo de habla hispana se han destacado los estudios de incidencia ENEAS y APEAS realizados en España.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente", en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social en junio de 2008, seguido en el 2009 de una Guía técnica denominada "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". (Informe Final Estudio IBEAS, 2010)

El estudio de prevalencia IBEAS realizado en América Latina, el cual además fue el mayor estudio realizado en el mundo en términos de número de hospitales participantes, así como el único estudio multicéntrico internacional realizado hasta la fecha. Según el mencionado estudio IBEAS, el cual fue desarrollado en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, la prevalencia de los eventos adversos fue de 10.5%. (Informe Final Estudio IBEAS, 2010).

El problema de los eventos adversos en salud existen desde hace mucho tiempo, sin embargo, fue hasta el estudio realizado por el grupo de Harvard que demostró su frecuencia en los hospitales y sus repercusiones para los pacientes y los daños que ocasionan en su salud. (T. A. Brennan et al., 1991).

El desarrollo vertiginoso del sistema de Salud Pública demanda de recursos humanos cada vez mejores, preparados científico y técnicamente, con sensibilidad humana y altruismo para que puedan enfrentar los grandes desafíos del desarrollo actual. Para poder tratar cada día, a las personas con éxito, y de forma segura.

Por tanto la labor del interno de enfermería debe estar orientada a mejorar la seguridad del paciente teniendo por objetivo, encontrar soluciones que permitan mejorar la calidad y seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los mismos brindando cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional profunda donde se involucra el enfermero de forma directa, como elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud (Ortega, 2006).

El ejercicio de la Enfermería como disciplina profesional no solamente comprende el ámbito del cuidado (autocuidado, cuidado del paciente, su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente) sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los

recursos de salud, todo lo cual implica un juicio de valor, un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades. Establece un plan de cuidados de Enfermería adecuado a las necesidades individuales de cada paciente, familia y comunidad. (Agustín León, 2006)

1.2.- Formulación del problema

La seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en los servicios de salud. En los países en desarrollo, la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales es mayor que en los países desarrollados

En la actualidad la asistencia sanitaria es cada día más efectiva pero también más compleja, lo que ha convertido la seguridad del paciente en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valoradas tanto por los ciudadanos, como por los profesionales y gestores de los servicios sanitarios. Los estudiantes de Enfermería como futuros profesionales sanitarios tienen que ser conscientes de esta realidad. De ahí, la importancia de implantar en los alumnos una cultura de seguridad de los pacientes.

Sin embargo, es frecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan desorientaciones que

afectan la calidad de la atención y la seguridad del paciente. En este sentido es necesario establecer la magnitud del problema para disminuir la incidencia de eventos adversos considerando los conocimientos, percepción y actitudes de los internos de enfermería, de ahí la pregunta central que pretende responder la investigación: ¿Cuáles son los conocimientos, percepción y actitudes de los internos rotativos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte sobre seguridad del paciente?

1.3.- Justificación

En los últimos años, el interés por la temática de la seguridad del paciente se evidenció por el aumento de la investigación en el área, enriqueciendo significativamente el conocimiento científico. Un ejemplo de esto, es el resultado de la revisión de las búsquedas relacionadas con seguridad del paciente y calidad en la atención en los últimos 20 años, en una de las bases de datos más consultadas en el área de la salud realizada por Lilford, Stirling y Maillard (LILFORD R, 2014) en el artículo 'Citation classics in patient safety research: an invitation contribute to an online bibliography' (Citaciones clásicas de investigación en seguridad del paciente: una invitación a contribuir a una bibliografía en línea), que evidenció un crecimiento constante de las publicaciones acerca del tema, en dicha base de crecimiento constante de las publicaciones acerca del tema.

En Colombia en el año 2009 presentó un 93% de partos institucionales, la mortalidad materna y perinatal fue alta, lo que lleva a pensar en problemas en calidad en la atención en salud. Se estimó que entre un 90 y 95% de las muertes maternas fueron potencialmente evitables. (Salazar & Vásquez)

A pesar del crecimiento notable de la investigación en el tema, hay poca literatura a nivel nacional que contextualice las particularidades y permita desarrollar estrategias que logren impactar las directrices en las instituciones de salud para el mejoramiento constante de la cultura de seguridad del paciente. En el personal de Enfermería es indispensable fortalecer el tema para brindar pautas encaminadas al cuidado integral del ser humano en el quehacer diario. Por lo tanto, ahora, son de gran importancia los estudios que ofrezcan herramientas conceptuales y prácticas en el campo de la seguridad del paciente desde enfermería, a partir de una visión objetiva de la realidad, pues son estos los que exponen las debilidades y fortalezas de la práctica de enfermería, orientando así la formación de nuevos trabajadores de la salud que ejerzan y perpetúen la cultura de seguridad del paciente, acorde con los principios del cuidado.

En la actualidad los esfuerzos mundiales van encaminados a mejorar la seguridad a todo nivel en los servicios de salud, de modo que se minimicen los riesgos y daños que se presentan durante la atención en salud. En el contexto internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), quien ha estimulado a los países a que “presten la

mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, y establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

Los proyectos de investigación que se desarrollan en estos países han permitido sensibilizar a los trabajadores de la salud y a la comunidad en cuanto a la cultura de seguridad del paciente y han promovido acciones que responden a las necesidades particulares del contexto nacional, lo que además ha enriquecido la investigación a nivel mundial en torno a la seguridad del paciente.

El personal de enfermería se ha integrado a los cambios positivos que han tenido lugar en este ámbito del conocimiento, y en el quehacer diario se evidencian hábitos que forman parte de la cultura de seguridad del paciente, ahora bien, estos hábitos han de repensarse, reevaluarse y examinarse para asegurar que “la cultura de seguridad del paciente” haga la diferencia en los servicios de salud y que el crecimiento conceptual se refleje en la práctica. Bajo esta cultura, la información acerca de las debilidades en la asistencia no es parte de un rumor, ni genera temor en el personal, pues se sabe que la perfección no existe, más importante que ella es el mejoramiento continuo; es así que se logra salir de la filosofía del castigo para pasar a la filosofía de la disminución de los riesgos a partir de la verdad y la Pro actividad.

Esta investigación responde a la necesidad de enriquecer las bases teóricas que contribuyan a la formación de profesionales que velen por la seguridad de paciente y respondan con calidad humana a los desafíos de la práctica, cumpliendo de esta manera la misión planteada por la Facultad.

1.4.- Objetivos

1.4.1.- Objetivo General

- Determinar los conocimientos, percepción y actitudes de los internos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte sobre seguridad del paciente en el periodo 2013-2014

1.4.2.- Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos del Interno Rotativo sobre seguridad del paciente.
- Identificar la percepción sobre seguridad del paciente Interno Rotativo de enfermería en los distintos ámbitos laborales.
- Identificar actitudes positivas y comportamientos favorables del interno rotativo de enfermería relacionado con la seguridad del paciente.
- Diseñar un curso virtual de seguridad del paciente para la carrera de enfermería, que contribuya en la autoeducación y capacitación sobre seguridad del paciente.

1.5.- Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las condiciones laborales del Interno Rotativo de enfermería para garantizar la seguridad del paciente?
- ¿Qué conocimientos poseen el interno rotativo de enfermería sobre seguridad del paciente?
- ¿Qué piensan los internos de enfermería acerca de la seguridad del paciente?
- ¿Cuáles serán las actitudes positivas y comportamientos favorables del interno rotativo de enfermería relacionado con la seguridad del paciente?
- ¿Cómo aportaría el diseño de un blog para la formación y profundización de la cultura de seguridad y buenas prácticas en seguridad del paciente?

CAPITULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes

El estudio de los efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria cobró un notable auge en los últimos años, ya que son un problema frecuente, tanto por la complejidad cada vez mayor de la práctica clínica, como por el aumento de la edad media de los pacientes que son atendidos en los hospitales. Sin embargo, la preocupación sobre la seguridad no es nueva.

Aunque en las décadas de los 50 y 60 del siglo XX, surgió algunos estudios sobre sucesos adversos que no tuvieron la relevancia que se merecían, no es hasta la década de los 90 en que se retoma con interés el tema y aparecen publicaciones relevantes sobre seguridad del paciente, tales como los resultados del Harvard Medical Practice Study de 1991 o las investigaciones en Australia 1995.

A pesar de ello, fue con la aparición del informe del Institute of Medicine (IOM) “To Err Is Human: Building a Safer Health System”, elaborado en 1999 que las administraciones sanitarias se sensibilizaron: un millón de lesiones y entre 4 000-88 000 muertes cada año por eventos adversos prevenibles, con

un coste entre 17 y 20 billones de dólares al año fueron algunos de los datos más impactantes. (Seguridad clínica de los pacientes, 2007)

Así, las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado a lo largo de los últimos años estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan desarrollar la Seguridad del Paciente y controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El Consejo de Europa el 13 de abril de 2005 concluyó con “La Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo”. En este se propuso la cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información para el aprendizaje y la toma de decisiones y la participación activa de los pacientes en el proceso. (Espinal García, YYepez Gil, & García Gómez, 2010)

2.2.- Marco conceptual

2.2.1.- Seguridad del paciente

Son todas aquellas acciones, elementos y procesos derivados de la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo el cuidado más seguro.

La Seguridad del paciente se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo. (OMS, La Investigación en seguridad del paciente, 2008)

En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado “pues es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”. A partir de esta óptica, desde Florence Nightingale, la precursora de la enfermería, afirmo que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados”, hasta el mundo moderno la

enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente. (Gutierrez, 2010)

2.2.2.- Evento adverso

Un evento adverso es aquel que genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base. Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, Hernando Gaitán, y por el grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos fue cercana al 6%.

No toda complicación es un evento adverso. “Por ejemplo, un paciente que presenta un cuadro de dolor abdominal secundario a apendicitis complicada con peritonitis, debido a que acudió tardíamente al hospital y tomó analgésicos auto formulados, es considerado una complicación de la enfermedad de base y no un evento adverso”, (Gaitan Duarte, 2008)

2.2.2.1.- Tipos de eventos adversos

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

- Evento adverso prevenible: el cual se define como el resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado causado de forma no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

2.2.3.- Bioseguridad

Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

"Sistema de normas de acciones de seguridad que regulan y orientan la práctica en salud, cuyo objetivo o fin es satisfacer o responder a expectativas de cada una de las partes". (Luiz, 1999)

2.2.4.- Lavado de manos

La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial. Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la

higiene de manos y mejores estrategias de promoción, se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces. Se han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS, “Una Atención Limpia es una Atención más segura”, cuyo interés principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas. (OMS, Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud, 2009)

2.3.- Marco contextual

2.3.1 Caracterización de la Universidad Técnica del Norte

Es considera la mejor del norte del país y una de las principales del Ecuador, es así que la institución es una de las pioneras en planes, programas y proyectos de investigación tanto científicos como tecnológicos. Contando con una infraestructura de alta calidad en sus diversos campos como laboratorios, áreas de desarrollo, granjas experimentales, equipos de computación, material didáctico, etc.

Es así que nuestra universidad da las garantías necesarias para una excelente educación superior, con un equipo académico-administrativo que nos permite obtener profesionales de calidad. La Universidad Técnica del Norte tiene como objetivo formar profesionales, capacitados críticos, creativos y con alta conciencia nacional, que aporten al desarrollo local,

regional y del país en los diferentes campos de la ciencia, la tecnología y la cultura, así como también, fomentar la investigación científica que permita la generación del conocimiento científico y tecnológico con miras a solucionar los problemas y necesidades de la colectividad y aporte a la ciencia universal.

También, comprometidos a fortalecer la vinculación de la Universidad con la sociedad a través de la extensión y la difusión cultural, que contribuya al mutuo desarrollo. Promover una educación superior de calidad en sus diferentes niveles para la formación de expertos que respondan a las demandas productivas y de servicios de la sociedad.

2.3.2 Misión y Visión la Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte.

Misión

“Contribuir al desarrollo local, regional y nacional a través de la formación de profesionales críticos, creativos altamente capacitados, en los ámbitos científico, técnico y humanísticos: mediante la transmisión y generación de conocimientos, con el fin de apoyar a la solución de los problemas en salud, alimentación y nutrición”.

Visión

“Queremos construir una unidad académica de calidad, que lidere y oriente los proyectos de desarrollo en salud, alimentación y nutrición a nivel local, regional y nacional en estas áreas y que aporte al desarrollo del conocimiento en su especialidad”.

2.3.3. Historia de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte

En 1978, con los inicios del surgimiento de la Universidad Técnica del Norte, se comenzó con la convocatoria a los bachilleres para inscribirse en la Escuela de Enfermería, la lucha por lograr esta conquista trascendental para la educación del Norte Ecuatoriano no fue fácil, pasaron muchos años en los que la naciente Universidad sufrió vetos consecutivos de tres gobiernos.

Se legalizó esta situación gracias al apoyo de la Universidad Nacional de Loja, que con fecha 31 de Marzo de 1982 mediante resolución del Honorable Consejo Universitario, acogió a la Universidad Técnica del Norte como extensión, durante 4 años. De ahí que la Escuela de Enfermería el primer Programa de Formación legalizado, propuesto estuvo fundamentado en el pensum de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, un “currículum técnico”.

Con fecha 18 de Julio de 1986, mediante Ley Número 43 publicada en Registro Oficial 482, se creó la Universidad Técnica del Norte, de la cual

forma parte la Facultad de Ciencias de la Salud, con su Escuela de Enfermería. Conforme a la Ley la Universidad Técnica del Norte se incorporó como miembro del Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas el 29 de Abril de 1987, ratificado con oficio No. 174 de la Secretaría General.

La Carrera se ha esforzado de forma permanente para ofrecer una formación pertinente y enmarcada en principios de calidad y bajo una nueva filosofía en la que el objetivo principal es formar profesionales con las competencias necesarias para dar respuesta a las demandas sociales. Para todo ello contamos con una planta, como de personal de administración y servicios.

Además de disponer del equipamiento científico-técnico y de modernas tecnologías de la información en continuo crecimiento. Deseamos sinceramente que la Universidad, y específicamente la Carrera de Enfermería, de cumplida respuesta a sus expectativas.

2.3.4. Líneas de Investigación de la Carrera Enfermería

El profesional de Enfermería, en general, se desempeña en función asistencial, administrativa, docente y en algunos casos en investigación. Dentro del área asistencial el desarrollo de las especializaciones clínicas

tienen gran importancia y su participación adquiere cada vez más relevancia en los equipos interdisciplinarios de salud.

La enfermera moderna se especializa en trauma, infecciones, renal, metabolismo y nutrición, oncología, medicina crítica e intensiva, perinatología, neurología, respiratorio, gerencia, entre muchas otras. Debido a los cambios en las políticas de salud los perfiles ocupacionales para los profesionales de enfermería han ido cambiando, creando con esto la necesidad de estructurar programas acordes a las áreas de desempeño y que estén debidamente capacitados en:

- Asistencial: Brindando cuidado de enfermería directo en las diferentes especialidades del área clínica y en los diferentes niveles de atención.
- Docente: El egresado debe tener la oportunidad de participar en las diferentes comunidades, favoreciendo el acercamiento laboral y social. Estará en capacidad para dirigir escuelas de enfermería a nivel general y profesional. Así como asesorar e implementar programas de educación en salud, dirigidos a otros profesionales o a reforzar la educación continua básica para la actualización profesional de la carrera.
- Comunitaria: Debe diseñar, planear, y ejecutar junto con el equipo de salud, programas de promoción de la salud y prevención de la Enfermedad a nivel de establecimientos de Primer Nivel de Atención.

- Investigativa: Debe colaborar en la propuesta, análisis y ejecución de proyectos de investigación en los diferentes campos de desempeño, con estrategias metodológicas eficientes para lograr el conocimiento, no en los aspectos teórico-prácticos de la profesión, sino de las condiciones sociales y ambientales de la población, para lograr aportes sustanciales desde la Enfermería.
- Administrativa: Buscar la transformación social en el ámbito de la salud, basada en la comprensión de los procesos nacionales, mediante la anticipación y adaptación a las transformaciones que pueden suceder en el país, como producto de los cambios o adecuaciones de las leyes, normas y reglamentos que le permitan un desempeño profesional eficiente en las instituciones y servicios de salud que lo requieran.
- El profesional debe actuar con los fundamentos filosóficos de la profesión, en el cuidado integral del paciente, familia y comunidad, respetando la diversidad cultural; en base a principios ético morales.
- Ejercer un liderazgo democrático, promoviendo el trabajo en equipo, utilizando una comunicación efectiva con la persona, familia y los miembros del equipo de enfermería, de salud y otros profesionales.

2.4.- Marco referencial

En octubre del 2004, la Organización Mundial de la Salud realizó el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2002 (Resolución 55/18) por la que se urge a la OMS y a sus Estados Miembros a conceder la mayor atención posible a la Seguridad del Paciente. La Alianza trabaja por elevar la conciencia y el compromiso político con la mejora de la seguridad de los cuidados y para facilitar el desarrollo de políticas y prácticas seguras en la atención sanitaria de los estados miembros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud.

La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente Singer et al .y Healings et al. Mencionan la necesidad de

implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos.

A nivel nacional se ha sensibilizado a todos los responsables de calidad jurisdiccionales, a fin de definir un plan de inicio de trabajo en los hospitales de las provincias. La Implementación de sistemas de gestión de riesgos sanitarios y seguridad de los pacientes es una parte integral de los componentes del Programa de Garantía de la Calidad, dado que el mismo atraviesa las dimensiones clave de la calidad. (Argentina, 2007)

Otro estudio realizado con enfermeras y psicólogos refleja que el 95.2% de los Enfermeros sugieren considerar la seguridad del paciente actualmente como una cuestión muy importante en la asistencia médica y un componente necesario del cuidado de calidad. (Ramírez, y otros, 2011)

Pero la práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden y, a medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos, como es lógico, aumentan. Por otra parte la Atención Primaria (AP), primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario, es el nivel asistencial más utilizado por la población, alcanzándose en España las cifras de frecuentación más elevadas de Europa. Por esta razón hay ocasiones, afortunadamente controladas, en las que el paciente puede sufrir alguna

lesión o complicación en su evolución sin que necesariamente sea error por parte de los profesionales.

Con el análisis de la cultura organizacional de un determinado servicio, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente.

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes.

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud. Hay un consenso de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el soporte de los líderes y la comunicación.

La OMS estimó que a escala mundial, cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de

prácticas médicas o atención insegura. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.

Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%.

Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 13 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH". (OMS, La Investigación en seguridad del paciente, 2008) . Para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles. Es necesario investigar en muchas áreas para mejorar la seguridad de la atención.

La investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos, incluso en los países donde se han realizado progresos la infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema. El objetivo del programa de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es fomentar proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria y reducir los daños ocasionados a los pacientes a escala mundial.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de sentirse seguros es una preocupación constante que se anhela durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en el entorno.

Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro” (Cantillo Villareal, 2007, pág. 113). En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos,

tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial así también una prioridad de la asistencia sanitaria, ya que su complejidad entraña riesgos potenciales por los múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y los cuidados, que pueden causar daño e incluso la muerte del paciente. Estudios realizados en diferentes países cifran la tasa de eventos adversos (EA) entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50%, son considerados como evitables en función del tipo de estudio.

El estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) cifró la incidencia de EA relacionados con la asistencia sanitaria en un 9,3% de los pacientes hospitalizados, mientras que en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) la prevalencia de sucesos adversos fue del 18,6% de consultas, lo que afectaría a una media de 7 de cada 100 pacientes al año. (Dr. s, Tomas, 2010)

Los estudios antes descriptos fueron una muestra de que este tema es de gran trascendencia a nivel de las Américas, el Caribe y Europa, en los últimos años sean creado alianzas con el propósito de crear una cultura de

seguridad en el cual están involucrados un número infinito de profesionales de la salud.

Para todo esto se requiere que los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente. (Msc. Leon Roman, 2006). Ya que la seguridad es un componente clave de la calidad asistencial, y esta ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para pacientes y sus familias, que desean sentir seguridad y confianza en los cuidados sanitarios recibidos, como también para los profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los daños que pueden ser ocasionados a pacientes en el ámbito asistencial, y el coste que éstos suponen, son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud, así como diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. (Rodríguez Espinel M. F., 2011)

Cabe resaltar que la cultura en seguridad del paciente es fundamental en enfermería y en la atención de salud de calidad y como lo consideran

algunos autores, son las enfermeras, a quienes más le incumbe esta temática, pues son quienes permanecen mayor tiempo con los pacientes y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas con los cuidados prestados por ellas mismas o por otros profesionales de la salud. (Para, Camargo, & Gomez, 2012)

Hay que destacar que los/las profesionales de enfermería realizan procedimientos y técnicas que sin el conocimiento y capacitación necesaria, pueden conllevar a la ocurrencia de eventos adversos, generando una preocupación y un reto en el ejercicio profesional que sin duda requiere actuación que contribuya a la seguridad y calidad. Estos retos están orientados hacia la consolidación de la investigación, la educación, la formación ética, el fortalecimiento de la atención en salud, la gestión del cuidado, la internacionalización, el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y finalmente el fortalecimiento de las prácticas simuladas.

Asumir estos retos es un compromiso y una tarea de todas las enfermeras(os), quienes desde diferentes campos de acción: docencia, investigación, gerencia y asistencia, deben contribuir a llevar a la enfermería hacia la autonomía, la identidad y la consolidación como disciplina profesional, en este nuevo siglo (Zambrano Plata, 2011). Cuidar es servir, asistir, estar responsabilizado por lo que le suceda a esa persona y es propio de la naturaleza humana. Nace como intuición femenina en el seno familiar

con el propósito de garantizar la salud. La gestión del Cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud.

La salud es un producto y un proceso social, es el resultado de complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, que determinan el grado de desarrollo integral, mientras que como proceso social, está sustentada en la coordinación y organización de los aportes de los múltiples factores relacionados con el estilo de vida, las condiciones de vida y el modo de vida. Se vinculan directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones. El logro en la prolongación de la vida es consecuencia del desarrollo científico mundial unido al conjunto de medidas estatales, sociales y culturales que han permitido el incremento de la esperanza de vida al nacer y particularmente del trabajo realizado por los profesionales de enfermería.

La gestión de cuidados tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad. Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación. La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y

conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado.

La colaboración interdisciplinaria tiene gran importancia en la continuidad y la calidad de los cuidados, el intercambio cognitivo con los especialistas en enfermería, profesionales con experiencia y las consultas entre colegas, así como la superación continúa en diplomados, especialidades y maestrías garantizan la competencia y desempeño de los profesionales. El trabajo que realiza la enfermera no solo por la calidad de los cuidados y ser participante activa en enseñar técnicamente a familiares y cuidadores de personas con enfermedades avanzadas para ofrecer una mejor calidad de vida, comodidad y dignidad en la etapa final de su vida, también tiene, muy especialmente, la responsabilidad moral del acompañamiento, ayudando al enfermo a morir con dignidad, respetándole su autonomía hasta el final de la vida. (Samper, 2010)

La cultura de seguridad necesita un sistema de información que recoja, analice y difunda la información relacionada con los incidentes. Esta cultura informada necesita a su vez de cuatro subculturas: una cultura justa, en la que esté claramente diferenciada la conducta inaceptable que no va ser tolerada de la conducta que, aunque errónea es comprensible, una cultura flexible en la que se produzcan modificaciones del organigrama para adaptarse a situaciones de peligro y una cultura de aprendizaje

caracterizada por el deseo de extraer conclusiones del sistema de información y la disposición a adoptar las reformas necesarias por importante que sea.

Para que tenga éxito la estrategia es indispensable que sea amparada por el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud. Es necesario estar consciente del grave problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, contribuir a generar una cultura y motivar que las instituciones de salud desarrollen sistemas más seguros de prevención de errores. (Paez Armenteros, 2010)

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las Instituciones de Salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado el 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos. (Hospital Padre Hurtado, 2010)

2.5.- Marco legal

2.5.1.- Constitución 2008

En la Constitución del Ecuador la seguridad del paciente era garantizada en dos artículos principalmente el Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”

El Estado garantizaba este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud fueron regidos por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Ecuador C. D., 2008)

En el artículo Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez,

y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud, 2008)

2.5.2.- Ley orgánica de salud

El numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

El artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. (Asamblea Nacional Del Ecuador, 2006)

2.5.3.- Derechos del paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

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

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

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

2.6.- Marco ético

El primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, el Código de Nuremberg, fue promulgado en 1947. La Declaración de Helsinki, formulada por la Asociación Médica Mundial en 1964, es el documento internacional fundamental en el campo de la ética de la investigación biomédica y ha influido en la legislación y códigos de conducta internacionales, regionales y nacionales. La Declaración, revisada varias veces, más recientemente en el año 2000 (Apéndice 2), es una formulación integral sobre ética de la investigación en seres humanos.

Desde la publicación de las Pautas CIOMS de 1993, varias organizaciones internacionales han formulado pautas éticas. Aunque los instrumentos internacionales sobre derechos humanos no se refieren específicamente a la investigación biomédica en seres humanos, son claramente pertinentes.

Se trata, principalmente, de la Declaración Universal de Derechos Humanos -que particularmente en sus disposiciones científicas fue muy influenciada por el Código de Núremberg del Pacto Internacional de

Derechos Civiles y Políticos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Desde la experiencia de Núremberg, las normas jurídicas sobre derechos humanos se han ampliado para incluir la protección de mujeres (Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer) y niños (Convención Sobre los Derechos del Niño). Todos ellos respaldan, en términos de derechos humanos, los principios éticos generales que subyacen a las pautas éticas internacionales de CIOMS.

2.6.1 Principios Éticos Generales

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

2.6.2.- Principios básicos

Reconociendo las diferencias que existen entre regiones y países, la investigación hoy debe cumplir con una serie de principios que reflejen la preocupación de los investigadores por hacer lo bueno, lo correcto y lo justo. El reto es tan interesante como abrumador porque, aunque para algunos investigadores no lo parezca, una investigación refleja la identidad moral de quien la hace. En otras palabras, cuando se lee una investigación, el lector se aproxima a los principios morales que la rigen, aunque éstos no estén explícitos.

Para comenzar hay que aclarar que los principios son normas generales que permiten hacer un juicio. Hacen las veces de marco de análisis y expresan los valores generales que subyacen en la moralidad común. Por supuesto, en el caso de la investigación en salud y en particular en Enfermería, el más importante valor es el de la vida y es precisamente motivado por su protección y su cuidado que se hacen los estudios en salud. A continuación se describen algunos principios básicos.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su

honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Solidaridad.- Es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia (Garzon Alarcon, 2008)

2.6.3.- Pautas

La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa

investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza.

Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. Los comités de evaluación deben ser independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no debiera depender del resultado de la evaluación.

La organización patrocinadora externa y los investigadores individuales debieran someter el protocolo de investigación para la evaluación ética y científica en el país de la organización patrocinadora. Los estándares éticos aplicados no debieran ser menos exigentes que los establecidos para la investigación realizada en ese país.

En toda investigación biomédica realizada en seres humanos. El investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética

Obtención del consentimiento informado:

Información esencial para potenciales sujetos de investigación. Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender.

Obtención de consentimiento informado:

Obligaciones de patrocinadores e investigadores. El investigador tiene la responsabilidad de asegurar que el consentimiento informado de cada sujeto sea adecuado. La persona que solicite el consentimiento informado debiera tener conocimiento sobre la investigación y ser capaz de responder a preguntas de los potenciales sujetos.

2.6.4.- Beneficios y riesgos de participar en un estudio

En toda investigación biomédica en sujetos humanos, el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados. Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado

Si existe una justificación ética y científica para realizar una investigación con individuos incapaces de dar consentimiento informado, el riesgo de intervenciones propias de la investigación que no proporcionen la posibilidad de beneficio directo para el sujeto individual no debe ser mayor que el riesgo asociado a un examen médico o psicológico de rutina de tales personas.

Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación. Los grupos o comunidades invitados a participar en una investigación debieran ser seleccionados de tal forma que las cargas y beneficios del estudio se distribuyan equitativamente. Debe justificarse la exclusión de grupos o comunidades que pudieran beneficiarse al participar en el estudio

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA

3.1.- Tipo de estudio y diseño

Este proyecto de investigación fue de tipo no experimental, cuali-cuantitativo, ya que se evaluó los conocimientos, percepciones y actitudes de los internos de enfermería en seguridad del paciente, con un diseño de tipo prospectivo.

3.2. Lugar de estudio

Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud- Carrera de Enfermería, ubicada en la ciudad de Ibarra.

3.3.- Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por Internos Rotativos matriculados en el período académico 2014 que laboran en distintas

Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública en las Provincias de Carchi, Imbabura, con un total de 64 internos de enfermería encuestados.

3.4.- Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1.- Criterios de inclusión

Todos los Internos Rotativos de Enfermería matriculados legalmente en el período académico Noviembre 2013 - Abril 2014.

3.4.2.- Criterios de exclusión

Se excluyen internos rotativos no matriculados legalmente en el período de estudio seleccionado.

3.5.- Técnicas e instrumentos

3.5.1.- Técnicas

Revisión documental del portafolio estudiantil de la carrera para extraer información de las características de la población en estudio, así como también experiencias del tema en el contexto mundial y local, las fuentes de información constituyen una serie de documentos, levantamientos bibliográficos, revistas, e internet. Toda esta revisión documental que sirvió como base para la determinación del modelo y tipo de instrumento que se aplicó a los internos rotativos de enfermería.

3.5.2.- Instrumentos

Encuesta semiestructurada.- Para obtener comprensión de las variables cualitativas. Como son de carácter abierto tienen un cuestionario con listas de orientación, que permitirá evaluar las actitudes de los internos rotativos sobre la seguridad del paciente.

Encuesta estructurada.- Con el fin de adquirir conocimiento de las variables cuantitativas. Constituyéndose de un cuestionario con preguntas de opción múltiple, con preguntas de opción múltiple y pretende evaluar el grado de conocimientos de los internos rotativos de la carrera de enfermería en temas relacionados a la seguridad del paciente.

3.6.- Procedimiento

Los pasos para el desarrollo de la presente investigación fueron los siguientes:

- Como estrategia técnica para la investigación se utilizó la revisión documental de la carrera para extraer información de las características de la población en estudio y sobre la temática de seguridad del paciente a nivel mundial y local.
- Se estructuró una encuesta semiestructurada, la misma que consta de preguntas abiertas con listas de orientación, que permitió evaluar las actitudes de los internos rotativos sobre la seguridad del paciente y la

siguiente parte de la encuesta que es estructurada con un cuestionario de preguntas de opción múltiple para evaluar el grado de conocimientos de los internos rotativos de la carrera de enfermería en temas relacionados a la seguridad del paciente, se privilegiará preguntas extraídas de los reactivos de la carrera para evaluar competencias específicas.

- Se validaron los instrumentos para establecer rúbrica de verificación en la cual se establecen los criterios y los indicadores de competencias mediante el uso de escalas para determinar conocimientos, percepción y actitudes de los internos rotativos de enfermería sobre seguridad del paciente.
- Se aplicó la encuesta a los 64 internos rotativos de enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte.
- Se procesaron los resultados de la evaluación para finalmente redactar el informe final del trabajo de investigación.

3.7.- Análisis de datos

Para el análisis e interpretación se utilizó un diseño uni y bivariado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Spss pasw statistics versión 18 y los estadígrafos de la estadística descriptiva (medidas de tendencia central). Para la representación estadística mediante el paquete Excel.

3.8.- Validez y confiabilidad

Se validó el instrumento, a través de la revisión de Expertos y Docentes de la Facultad.

3.9.- Matriz de relación de variables

Tabla 1: Tabla de relación de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
DATOS DEMOGRÁFICOS	La demografía es el análisis de las comunidades humanas a partir de la estadística. El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como “descripción del pueblo”. Esta disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad, desde una perspectiva cuantitativa. (Livi Bacci, 1993 - 2007)	Edad	1) Menores de 20 años 2) 21-24años 3) Mayores de 25 años
		Género	1) Femenino 2) Masculino

CONOCIMIENTOS	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. (Aristóteles, 1982)	Seguridad del paciente	1) Correcta 2) Incorrecta 3) No respondió al reactivo
		Objetivo de la seguridad del paciente	1) Correcta 2) Incorrecta 3) No respondió al reactivo
		Error vs Evento adverso	1) SI 2) NO 3) No respondió al reactivo
		Evento adverso	1) Correcta 2) Incorrecta 3) No respondió al reactivo
		Infecciones nosocomiales	1) Correcta 2) Incorrecta 3) No respondió al reactivo
		Lavado de manos	1) Correcta 2) Incorrecta 3) No respondió al reactivo

PERCEPCIÓN	La noción de percepción deriva del término latino perceptivo y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo). (Herrera, 2008)	Tipo de errores	<ol style="list-style-type: none"> 1) No he visto errores 2) Error terapéutico 3) Error en el medicamento 4) Errores quirúrgicos 5) Otros
		Causas de errores	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sobre carga de trabajo y cansancio 2) Descuido 3) Falta de conocimientos o habilidades 4) Otras causas
		Condiciones de errores	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sobre carga de trabajo 2) Falta de supervisión al interno rotativo de enfermería 3) Falta de recursos 4) Pacientes muy complicados 5) Otros
		Estrategias de	a) Sé que no se está

		prevención	realizando ninguna estrategia b) Lo desconozco c) Sí, la estrategia
		Detección de eventos adversos	a) Se oculta b) Se comenta como chisme c) Se analiza y se presenta en sesión del hospital d) Se castiga a quien lo cometió e) Otra (por favor describa)
		Tipo de personal involucrado en seguridad del paciente	1) Los pacientes 2) Los internos rotativos de enfermería 3) Los médicos 4) El personal de enfermería 5) Los administrativos 6) Los directivos del hospital 7) Las universidades

ACTITUDES	La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. (Eise, 1999)	Atención segura	Respuesta individual
-----------	---	-----------------	----------------------

CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

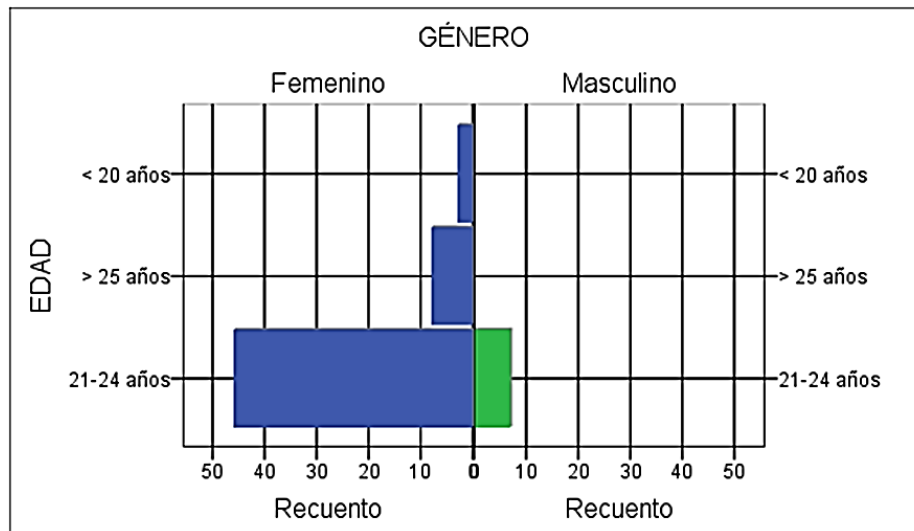
El presente trabajo de investigación fue realizado en los Internos Rotativos de Enfermería legalmente matriculados en el periodo 20013-2014 de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte referente a conocimientos, percepción y actitudes sobre seguridad del paciente.

Teniendo como objetivo determinar los conocimientos, percepción y actitudes de los internos de enfermería; el procesamiento y análisis de resultados se refiere a una estadística descriptiva en donde se determinó la variable, frecuencia y porcentaje de lo que se investigó, a la vez tiene como propuesta implementar un curso virtual de Cultura de Seguridad de Paciente.

Los resultados fueron alcanzados a través de la aplicación del instrumento de investigación teniendo en cuenta los conceptos e importancia de la seguridad del paciente, este estudio realizado a un total de 64 internos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte, ciudad de Ibarra tanto de 7mo semestre y de 8vo semestre, haciendo énfasis en los conocimientos, percepción y aptitudes que tienen sobre seguridad del paciente, se identificaron algunos aspectos favorables y otros problemáticos.

4.1.- Datos demográficos

Gráfico 1: Relación entre género y edad



Fuente: Encuesta

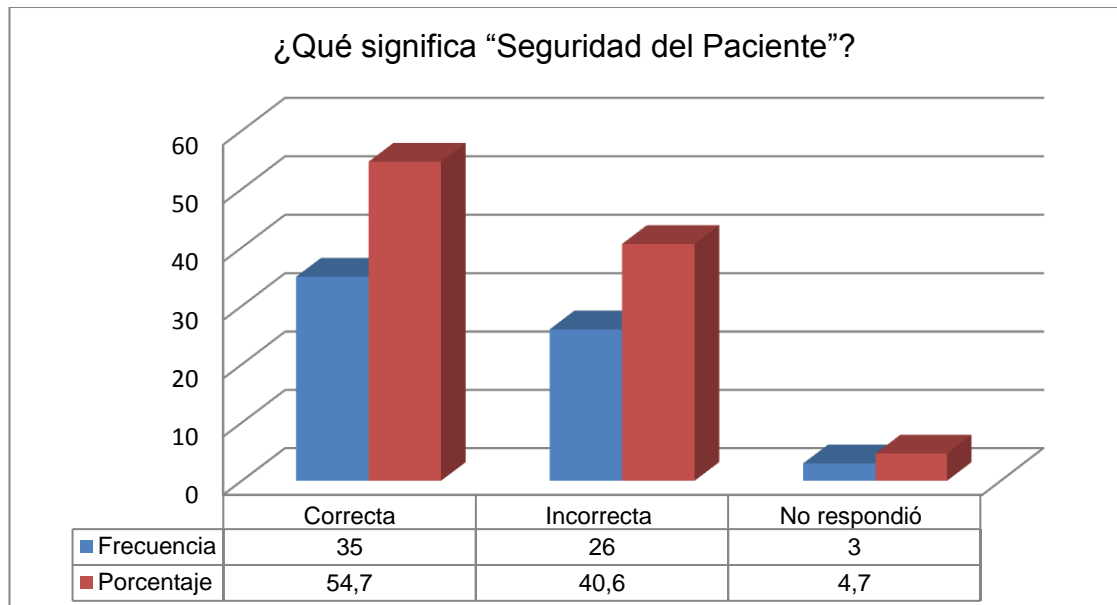
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: De los datos obtenidos en relación con la edad, se observa que un 82,8% corresponden entre los 21 y 24 años y el 12,5% son mayores de 25 años, un grupo relativamente joven que corresponde al grupo de perteneciente al tercer nivel de educación. En relación con el género, el 89,1% son mujeres y el 10,9% son hombres esto nos indica que en su gran mayoría está representado por mujeres, característica frecuente en la carrera de enfermería relacionado con la calidez humana de la profesión.

4.2.- Sección A: Conocimientos

4.2.1 Seguridad del paciente

Grafico 2: Seguridad del paciente (A1)

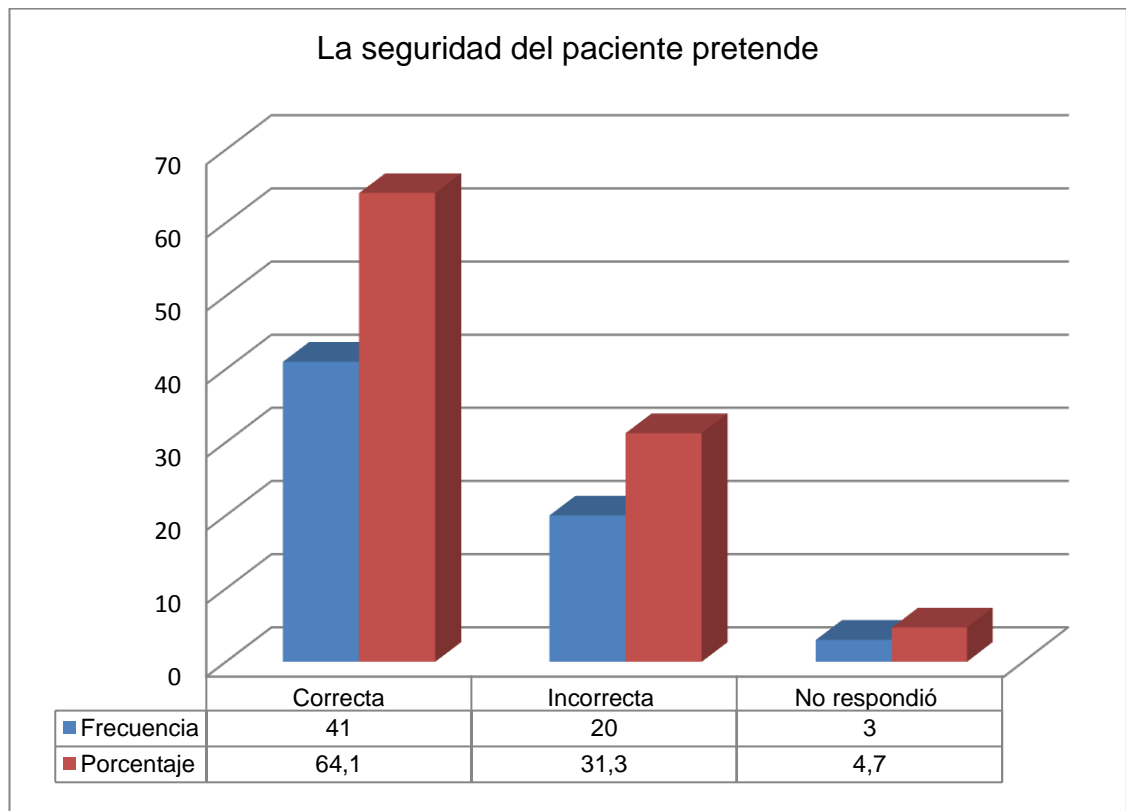


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Los resultados permiten evidenciar que un 54,7% tienen un concepto acertado sobre el término seguridad del paciente la misma que se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. (OMS, La Investigación en seguridad del paciente, 2008). El 40,6% tiene un erróneo concepto sobre el término lo cual indica que en un gran porcentaje de desconocimiento acerca de la temática entre los internos de enfermería que amerita capacitaciones continuas del tema.

4.2.2.- Objetivo de la seguridad del paciente

Grafico 3: Objetivo de la seguridad del paciente (A2)

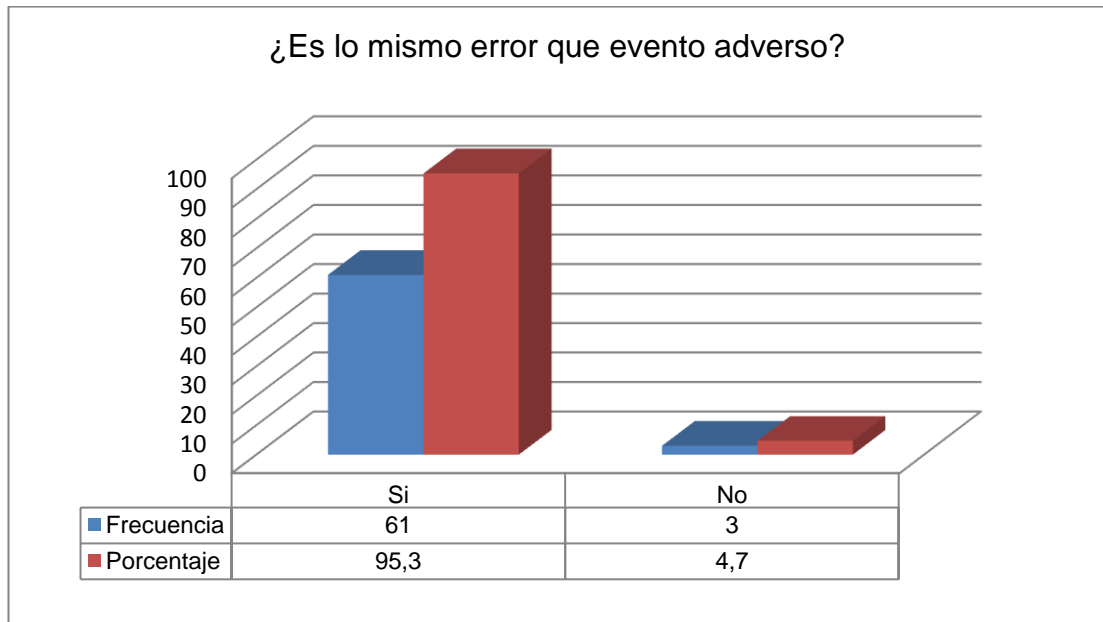


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: En cuanto al conocimiento acertado del objetivo de seguridad del paciente, según los datos obtenidos, el 64,1% tienen un correcto conocimiento acerca de los objetivos de la seguridad del paciente, que encamina a una correcta atención, (Ramírez, y otros, 2011) por lo cual es importante que los internos de enfermería adquieran la correcta información acerca de los objetivos planteados.

4.2.3.- Error vs Evento adverso

Gráfico 4: Error vs Evento adverso (A3)



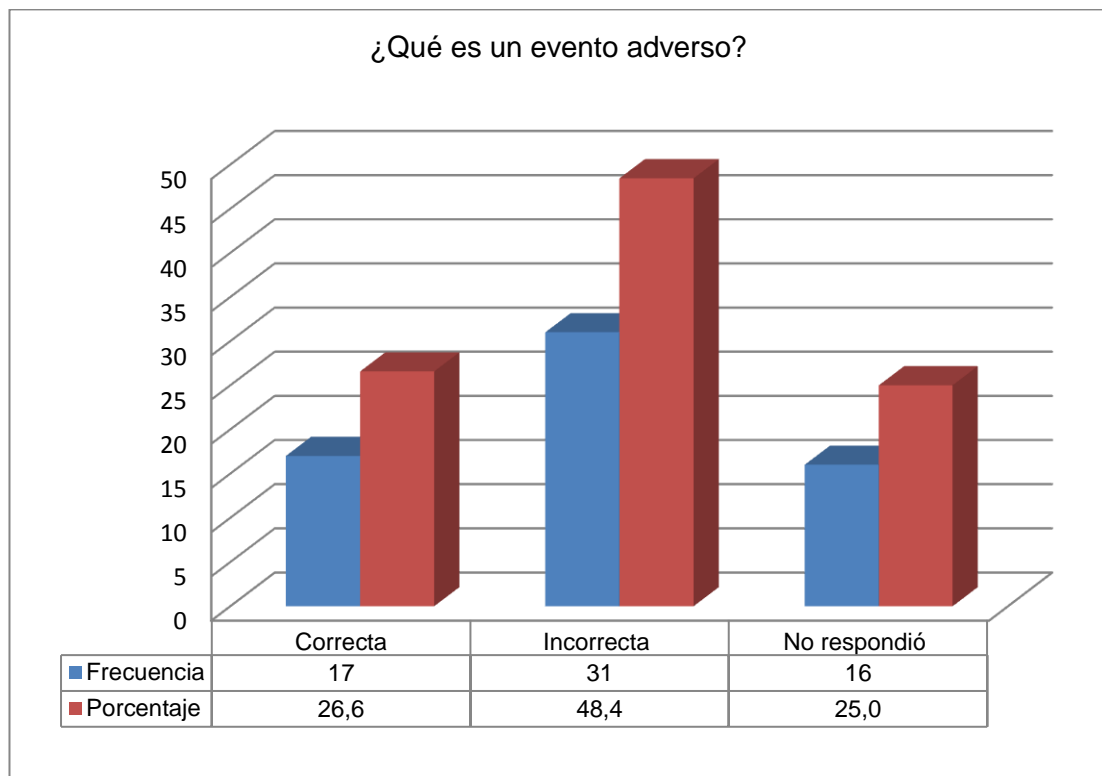
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los datos obtenidos muestran que el 95,3% creen que es lo mismo error y evento adverso. Cuando no se realiza una acción prevista tal y como se pretendía, o se aplica un plan incorrecto se considera “Error”, por el contrario, si hay daño no intencional producido al paciente por un incidente es un “Evento adverso”. (OMS, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, 2009). Si bien los conceptos están relacionados, no son lo mismo, demostrando que la mayoría de encuestados tiene un concepto erróneo de los dos términos, lo cual evidencia absoluta confusión.

4.2.4.- Evento adverso

Gráfico 5: Evento adverso (A4)

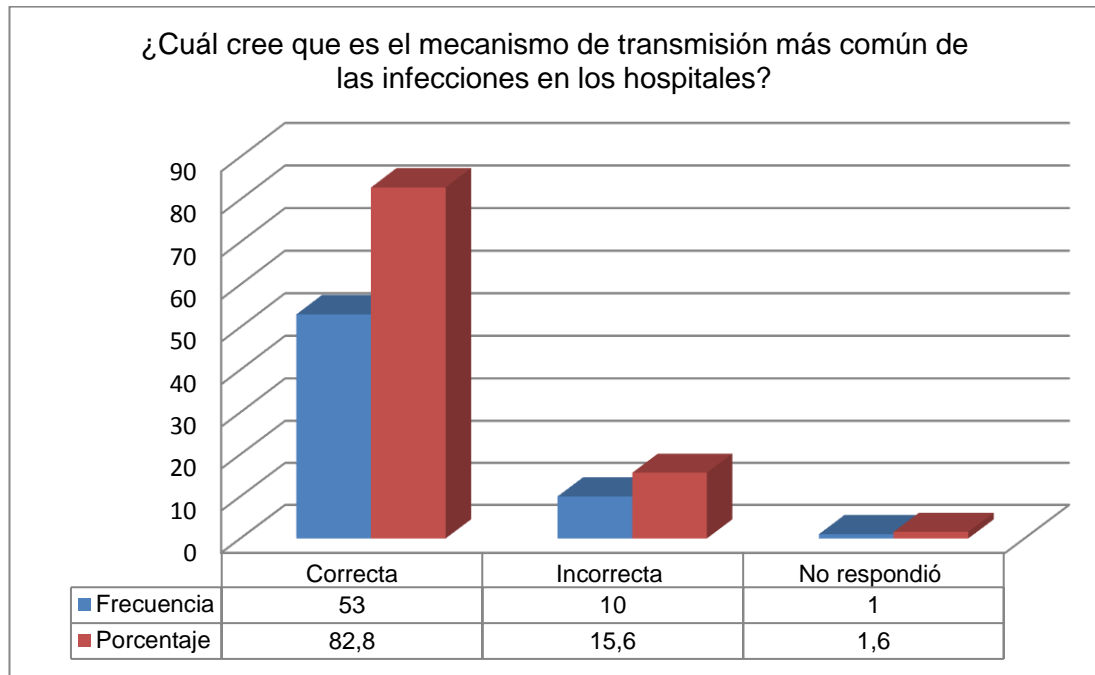


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Los resultados obtenidos manifiestan que un 48,4% desconocen el concepto sobre evento adverso, El 26,6% tiene un acertado concepto del término “evento adverso” básicamente manifiesta que es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base, (OMS, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, 2009), el 25% de internos de enfermería no respondieron lo cual indica un déficit de conocimientos con respecto a seguridad del paciente.

4.2.5.- Infecciones nosocomiales

Gráfico 6: Infecciones nosocomiales (A5)



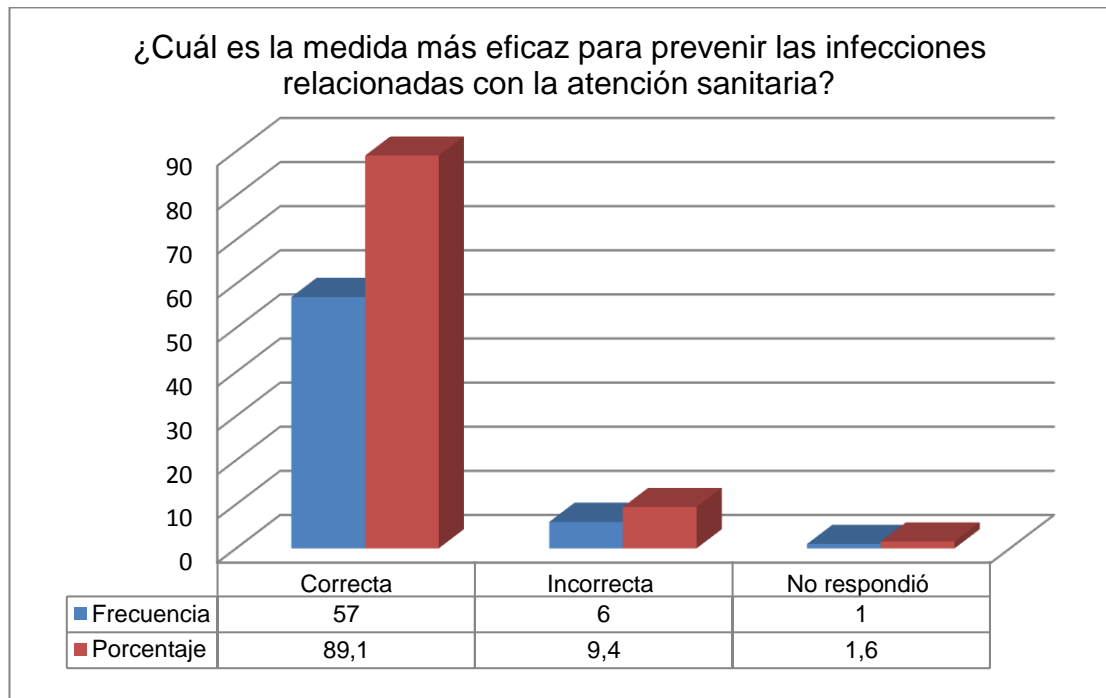
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: De los datos obtenidos, el 82,8% creen que el mecanismo de transmisión más común de las infecciones nosocomiales es la falta de higiene de las manos de los profesionales; por cuanto las manos limpias constituyen la primera barrera de bioseguridad. Las infecciones nosocomiales son unos de los principales factores que afectan la seguridad del paciente y uno de los eventos potencialmente evitables con ciertas medidas (Luiz, 1999), por tal razón el conocimiento adecuado en los internos rotativos de enfermería podría evitar considerablemente a corto, mediano y largo plazo la producción de incidentes.

4.2.6.- Lavado de manos

Gráfico 7: Lavado de manos (A6)



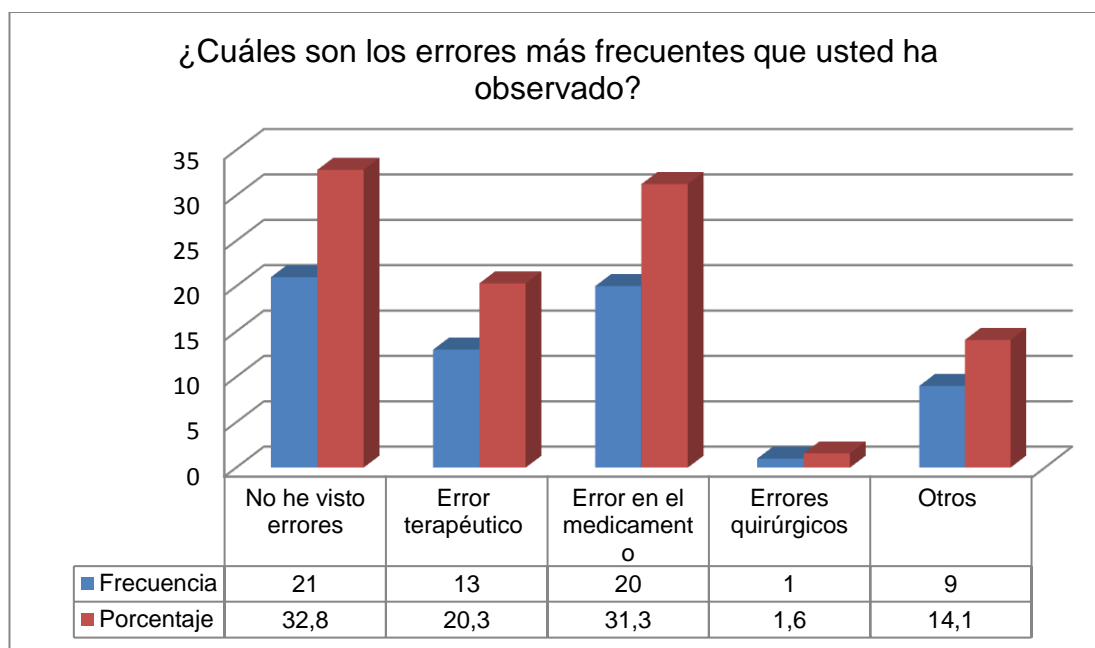
Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los resultados se observa que, el 89,1% conocen sobre la medida más eficaz para prevenir las infecciones nosocomiales, constituyendo el lavado de manos como una de las medidas básicas e importantes al momento de evitar la transmisión de microorganismos, que puede generar infecciones, (OMS, Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud, 2009), mediante la aplicación de este procedimiento tan sencillo se podría reducir favorablemente la transmisión de infecciones nosocomiales y de esta manera mejorar la calidad de atención al paciente.

4.3.- Sección B: Percepción

4.3.1- Tipo de errores

Gráfico 8: Tipo de errores (B1)

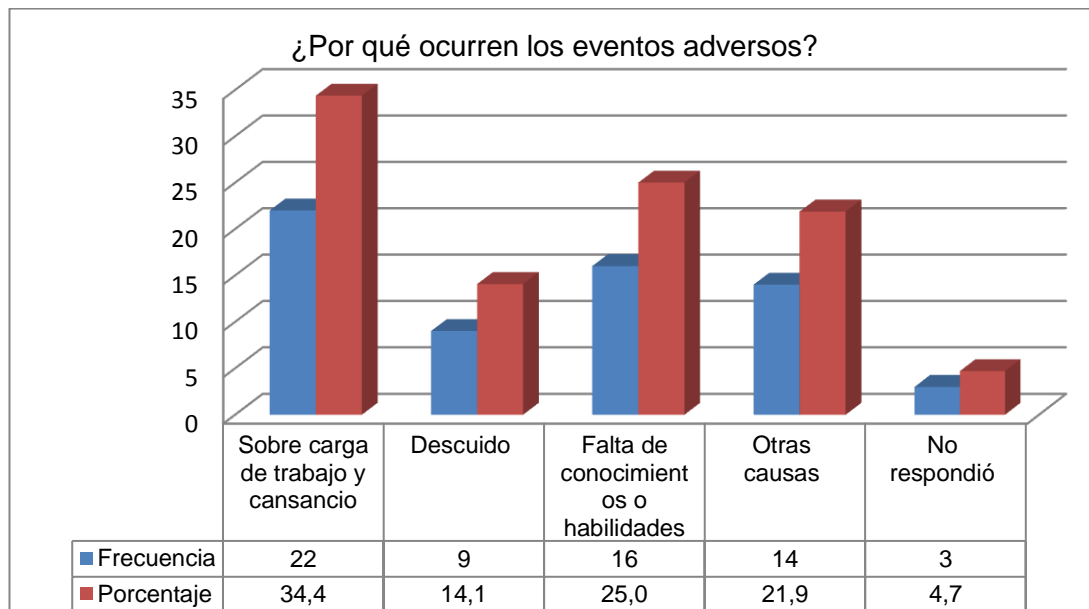


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: De acuerdo a los datos obtenidos, el 32,8% tienen la percepción de no evidenciar ningún tipo de error, el 31,3% indica que el error en la administración de medicación es uno de los más frecuentes, ya que en la práctica asistencial, un error es un acto de equivocación por comisión u omisión de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso (TP Hofer, 2000), la apreciación oportuna de algún tipo de error ayuda a mejorar la atención sanitaria y mantener la seguridad del paciente ya que una formación adecuada en los estudiantes e internos de enfermería evitara en un futuro eventos adversos.

4.3.2- Causas de eventos adversos

Gráfico 9: Causas de eventos adversos (B2)

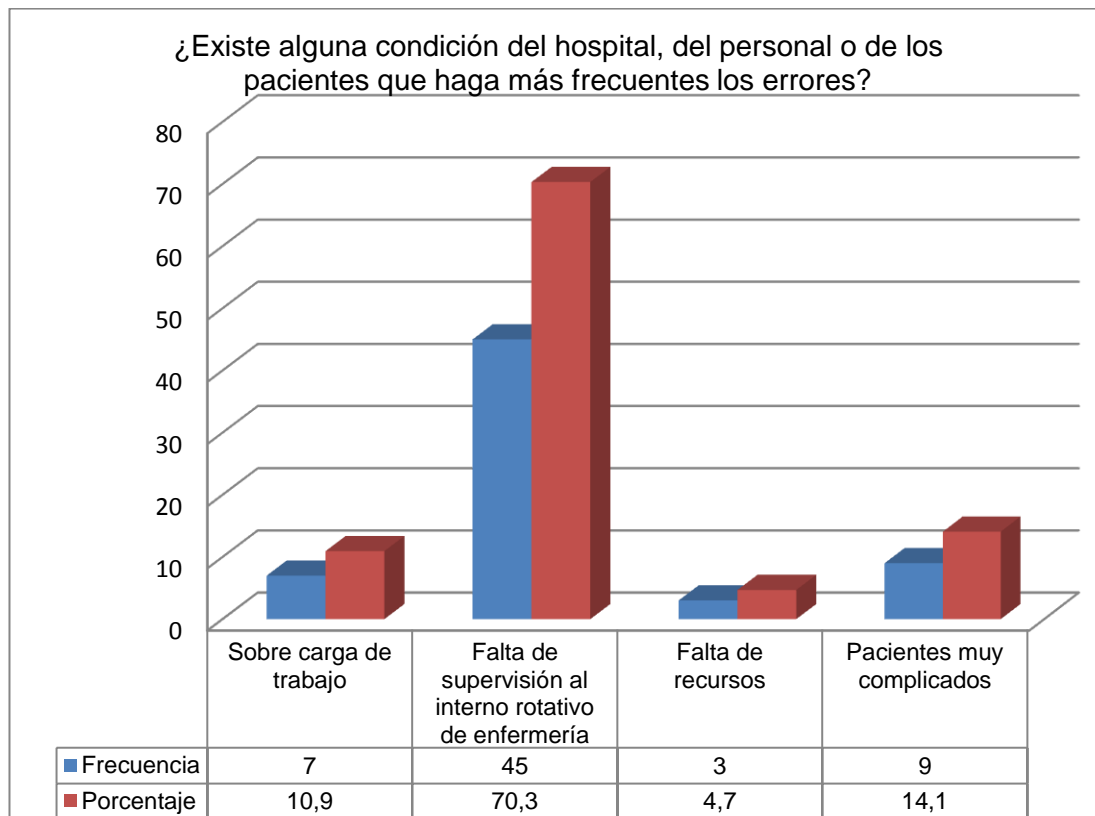


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según la percepción de los encuestados, el 34,4% indican que la sobrecarga de trabajo es una de las causas más comunes para que ocurra los eventos adversos, otra causa sería la falta de conocimientos y habilidades del personal de salud que está representado con 25%, así también indica el 21,9% se producen por otras causas como son la falta de personal e insumos en la unidad. Los sucesos adversos pueden ser evitables, modificando ámbitos laborales, mejorando académicamente y adquiriendo habilidades. (Campos Castolo, Martínez López, & Chavarría Islas, 2010).

4.3.3- Condiciones de errores

Gráfico 10: Condiciones de errores (B3)

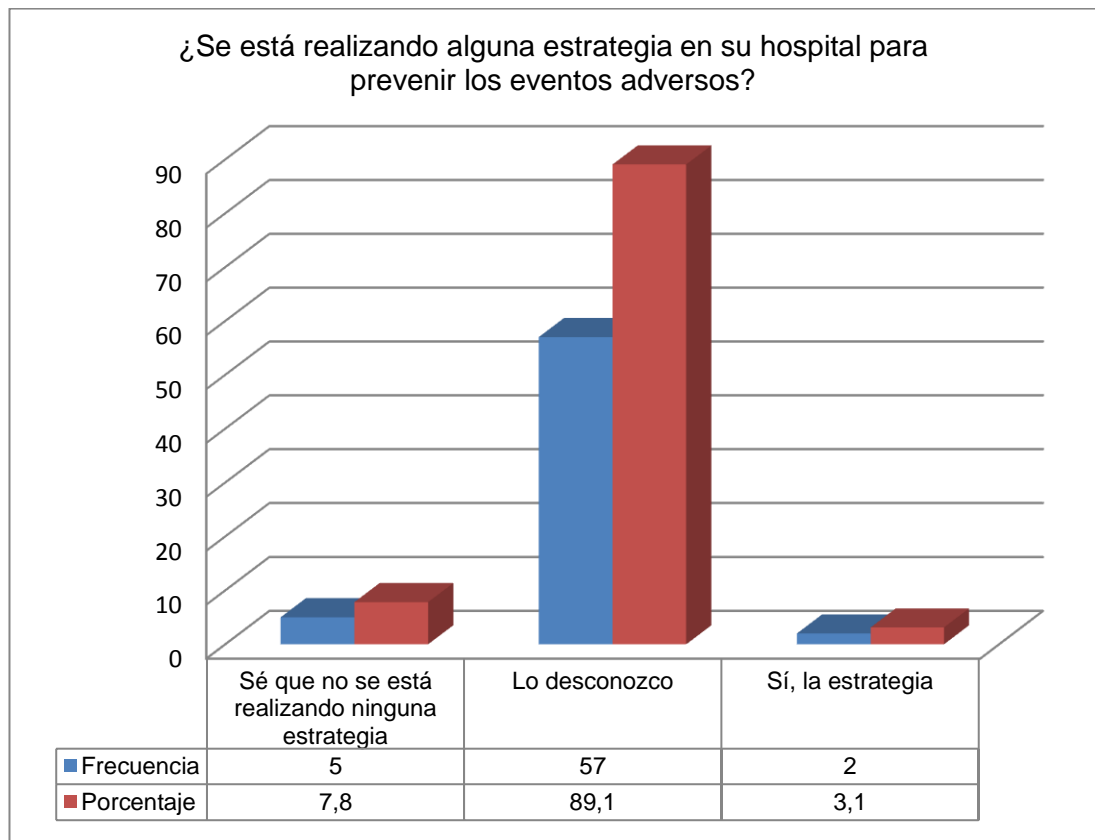


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los datos obtenidos, el 70,3% señala que la falta de supervisión al interno rotativo de enfermería es una condición para se hagan más frecuentes los errores. Por lo que la supervisión aplicada a las practicas pre-profesionales, ayudan en gran medida a disminuir los eventos adversos y adquirir experiencia para aplicarla después como profesionales, las experiencias vividas son muy importantes tomar en cuenta como potencial medida preventiva, (Campos Castolo, Martínez López, & Chavarría Islas, 2010).

4.3.4- Estrategias de prevención

Gráfico 11: Estrategias de prevención (B4)

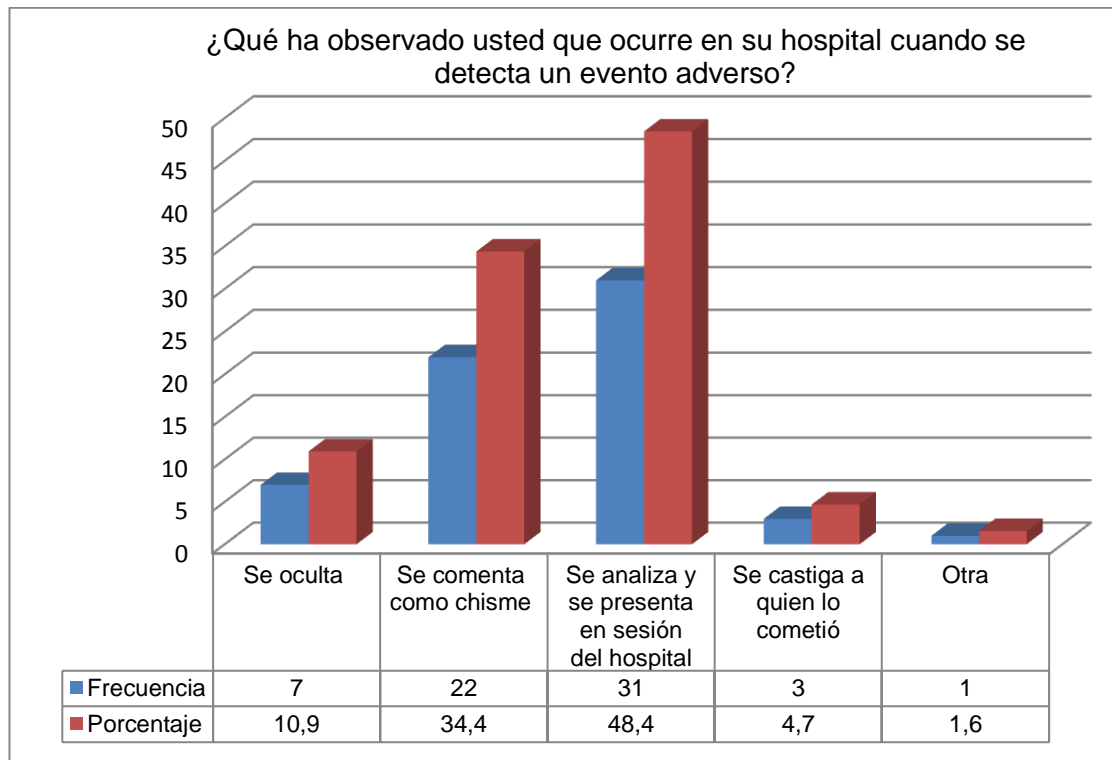


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los resultados, el 89,1% manifestó desconocer estrategias de prevención de eventos adversos, lo cual da a entender la escasa promoción de estos programas al internado rotativo dentro de las unidades y el poco interés por difundir temas relacionados, habiendo programas de gran importancia como el estudio IBEAS entre otros, coincidiendo con otros estudios en los cuales afirman los encuestados tener desconocimiento total de dichas maniobras. (Campos Castolo, Martínez López, & Chavarría Islas, 2010).

4.3.5- Detección de eventos adversos

Gráfico 12: Detección de eventos adversos (B5)

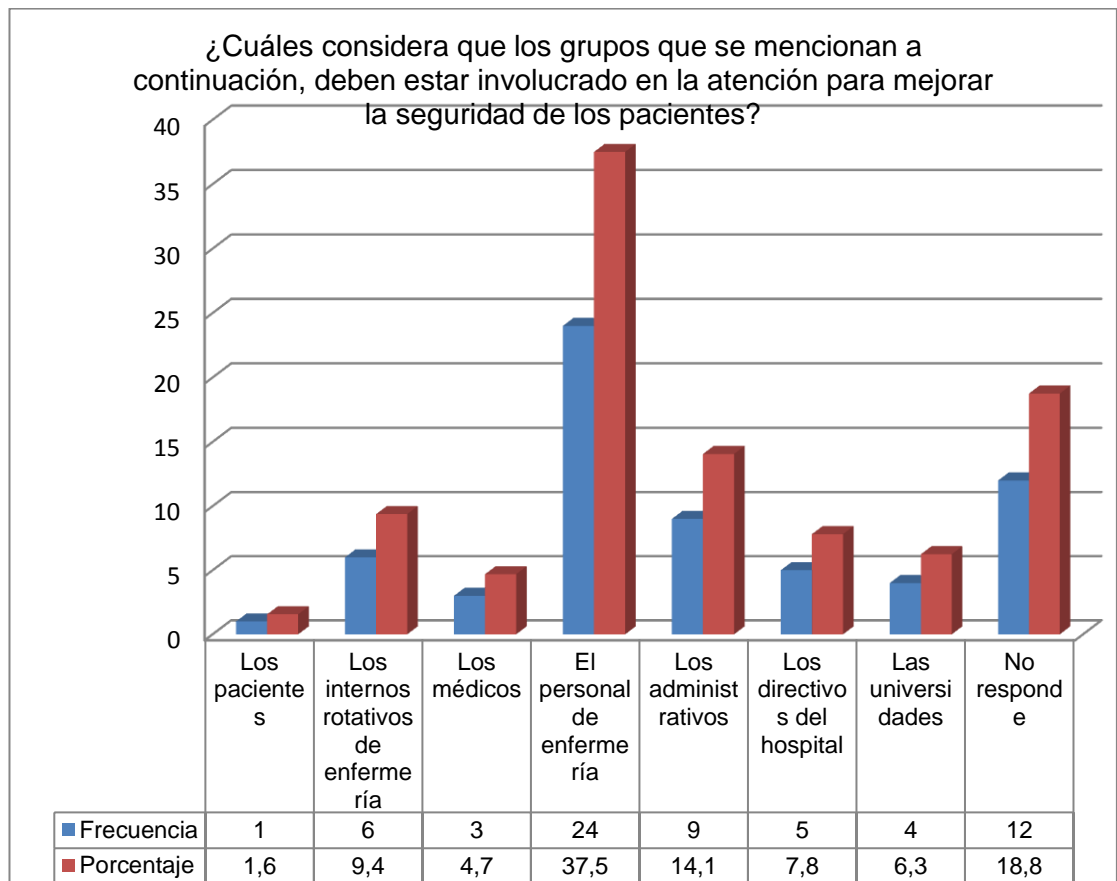


Fuente: Encuesta
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los datos obtenidos, el 48,4% indica que dentro de las unidades de salud al detectar un evento adverso se analiza y se presenta en sesión general. Estos resultados coinciden con la encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en internos de medicina de pregrado (Campos Castolo, Martínez López, & Chavarría Islas, 2010), si bien como internos de enfermería aún no poseen un completo involucramiento en el ambiente hospitalario, se evidenció que existe una percepción positiva de trato de eventos pero que un 34,4% se comentan negativamente como rumores.

4.3.6- Tipo de personal involucrado en seguridad del paciente

Gráfico 13: Tipo de personal involucrado en seguridad del paciente (B6)



Fuente: Encuesta

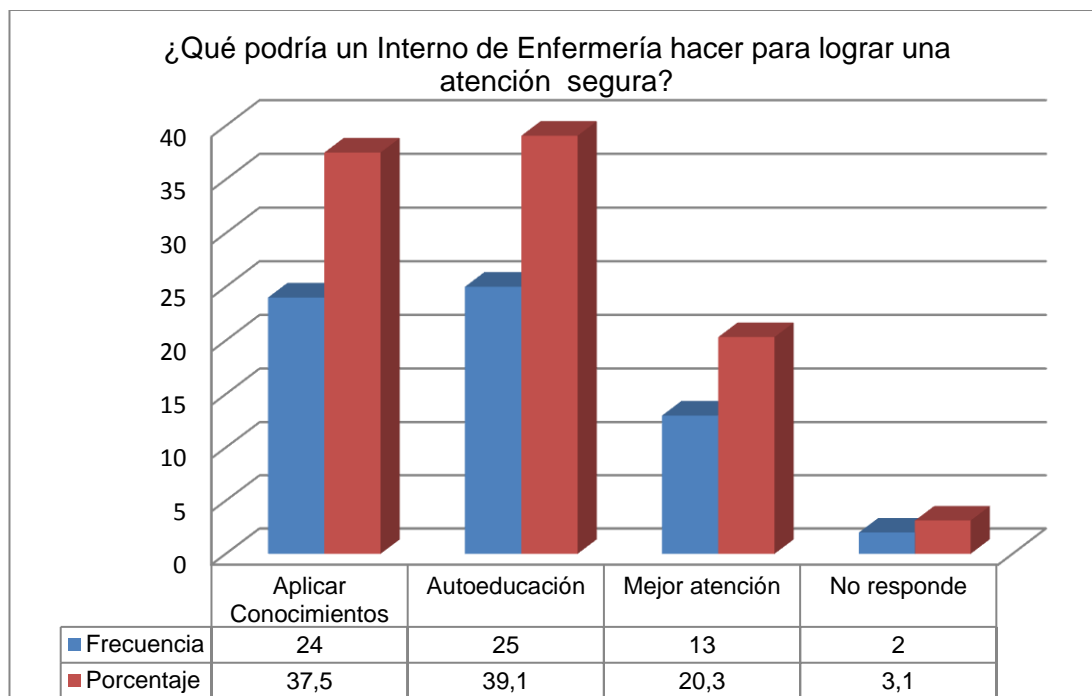
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los datos obtenidos, el 37,5% manifestó que el personal de enfermería debe estar involucrado en la atención, para mejorar la seguridad de los pacientes, Si bien es una labor de todos el equipo interdisciplinario contribuir en la seguridad del paciente, esta interrogante nos ayuda a tener una percepción de responsabilidad en los internos de enfermería, vemos un gran empoderamiento y compromiso con respecto al tema, lo cual es positivo.

4.4.- Sección C: Actitudes

4.4.1- Atención Segura

Gráfico 14: Atención Segura (C1)



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: Según los resultados obtenidos, el 39,1% de Internos de enfermería relacionó la autoeducación como una actividad a realizarse para lograr una atención segura, mismo valor que indica gran iniciativa por parte de los encuestados por superarse, seguido por el 37,5% quienes indican que se debería aplicar los conocimientos adquiridos durante su formación, estos datos indica que existen ideas innovadoras que con un poco de apoyo podremos mejorar la seguridad del paciente, un 20,3% menciono la mejoración de atención, lo cual indica el gran compromiso y

empatía con los pacientes. La actitud de los encuestados en otros estudios similares se relacionó principalmente con un compromiso personal para estudiar y practicar más, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, (Campos Castolo, Martínez López, & Chavarría Islas, 2010) coincidiendo con nuestros encuestados que eligieron la capacitación como el mejor camino.

4.6.- Conclusiones

Al finalizar la investigación con el tema: “Conocimientos, percepción y actitudes sobre seguridad del paciente en internos rotativos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte, provincia de Imbabura periodo 2013 – 2014” se llegó a las siguientes conclusiones:

Los conocimientos sobre seguridad del paciente en los internos rotativo de enfermería, según los datos obtenidos, se determinó que el 54,7% poseen el adecuado concepto sobre el tema, demostrando que falta profundizar conocimientos acerca de la seguridad del paciente.

La percepción de los internos rotativos de enfermería sobre seguridad del paciente en el ámbito laboral en relación con los eventos adversos, se evidencia en su mayoría que son relacionados con la administración de medicamentos, constituyendo esta, una actividad importante en el cuidado integral del paciente, lo que se ve influenciados por la falta de conocimientos y habilidades.

El estudio permitió determinar que entre las causas que influyen directamente en la seguridad del paciente en el ámbito laboral, se relacionan con la falta de supervisión al interno rotativo de enfermería, sobrecarga de trabajo, falta de conocimiento y habilidades, enfatizando la importancia de

estos aspectos en el proceso de formación de los estudiantes de la carrera de enfermería, para mejorar la calidad de atención.

Las actitudes positivas y comportamientos de los internos rotativos de Enfermería en la seguridad del paciente, se manifiestan en aspectos importantes a fortalecer, como son, la autoeducación, la aplicación de conocimientos, habilidades y la toma de conciencia en mejorar la atención en la práctica diaria.

El aporte del presente estudio de investigación, con la implementación del curso virtual “Cultura de Seguridad del Paciente”, permitirá en los estudiantes de la Carrera de Enfermería permitirá crear una cultura de seguridad del paciente para mejorar el desempeño profesional en ámbito laboral.

Los hallazgos actuales respaldan una constante capacitación y actualización temática hacia la construcción unificada de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la práctica de enfermería respecto de la seguridad del paciente. Aunque no hay muchos estudios realizados en internos de enfermería acerca de seguridad del paciente que representen un alto nivel de evidencia científica que permita la generalización de los hallazgos, la evidencia que se encontró puede ser analizada para su aplicación en planes de mejoramiento concretos en la práctica, capacitación y educación. Existen muchos aspectos por mejorar que requieren ser

trabajados para conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente asumida por los internos de Enfermería la Universidad Técnica del Norte.

4.7.- Recomendaciones

El presente estudio de investigación luego de los resultados obtenidos se determina las siguientes recomendaciones, ajustadas a la realidad de la situación, dirigida al internado rotativo, tanto a los Internos de enfermería, como a docentes:

- La carrera de enfermería en el proceso de formación, en la planificación académica debería considerar el tema de seguridad del paciente como un eje principal en todas las asignaturas de enfermería.
- En la formación académica de los estudiantes de Enfermería se debería enfatizar en los conocimientos sobre: administración de medicamentos y farmacología para elevar el nivel académico y con ellos vamos a mejora la calidad de atención.
- Aumentar y mejorar la supervisión en el Internado rotativo.
- Promover y desarrollar acciones para mejorar la información sobre Seguridad del paciente en el internado rotativo, exponiendo programas actualizados.
- Incluir a los internos en el desarrollo de programas de notificación de eventos adversos.

- Seguir el curso virtual desarrollado por el equipo de investigadores de cultura de seguridad del paciente, el cual será una manera rápida y segura de capacitación y de actualización de conocimientos.

CAPITULO V

5.- PROPUESTA

5.1.- Introducción

Se ha diseñado un curso virtual en conjunto con otros investigadores del tema de seguridad del paciente, con la finalidad de capacitar en conceptos básicos del tema a profesionales, estudiantes e internos de enfermería, el cual podrá estar disponible para la carrera de enfermería en formato digital y completamente funcional para cada computador del usuario. Destinado básicamente a iniciar un proceso de autoeducación y superación. La capacidad de una aplicación para obtener certificados digitales motivara tanto a jóvenes usuarios como a personal experimentado de enfermería, creando y estableciendo cultura de seguridad del paciente.

5.2.- Justificación

La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Según el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de EE.UU., reforzado en su reciente actualización, señala también la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, como algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo dicha recomendación.

Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en que cada organismo establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria

5.3.- Objetivos del curso

5.3.1.- General

- Desarrollar y fortalecer el conocimiento, percepción y actitudes relacionadas con la seguridad del paciente mediante el curso virtual en los usuarios de la aplicación.

5.3.2.- Específicos

- Promover el conocimiento sobre la importancia de la cultura de seguridad del paciente.
- Fomentar la investigación sobre la relación entre la falta de promoción de una cultura de seguridad del paciente y el bajo nivel de implementación en los diferentes servicios de salud públicos.
- Favorecer y facilitar la implementación de procesos que permitan promover adecuadamente una cultura de seguridad del paciente.

- Promover el análisis causal que permita identificar los motivos por los cuales no se implementan las prácticas de seguridad del paciente.

5.4.- Metodología

Se trata de un curso tutorizado, basado en la cultura de seguridad del paciente, que es un tema en constante evolución. Además se basará en los cuidados de salud mediante su aplicación a problemas muy concretos y prácticos. Por otra parte la alternancia entre teoría y práctica permitirá que las enfermeras/os apliquen a su realidad las diferentes herramientas propuestas durante el curso. Para facilitar la comprensión entre profesionales, los contenidos se ilustrarán con ejemplos de investigaciones que han sido realizadas en otros países y ante situaciones de salud similares a nuestro país.

5.5.- Módulos de estudio

Los módulos están dirigidos a todo el personal de la institución a nivel asistencial, docente y administrativo que intervienen de forma directa en la gestión de atención del paciente dentro de la institución. Para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas, utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas que son fundamentales en cualquier práctica, también se presentan allí los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental seguir las

instrucciones que allí se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

5.5.1.- Módulo I

- Breve historia
- Seguridad del Pte.
- Cultura de seguridad del paciente
- Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

5.5.1.1.- Breve historia

Dentro de los estudios efectuados tenemos los realizados en Estados Unidos, como también los publicados en Europa, estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas y uno noruego, y, con otra, en UCI de hospitales del Reino Unido. Otros estudios, a veces circunscritos a un sólo tipo de profesional, se han realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea. En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla. (Varela Espiñeira, 2013)

5.5.1.2.- Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

5.5.1.3.- Cultura de seguridad del paciente

Patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente buscan minimizar el daño al paciente que se pudiera originar como resultado del proceso de atención en salud. (Camargo & Queiroz, 2014)

5.5.1.4.- Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

- Liderazgo “responsables asistenciales”
- Compromiso
- Incorporar la seguridad en el “día a día”
- Seguimiento constante
- Revisión sistemática del tema
- Verificación y seguimiento a las acciones de seguridad
- Observar el sistema, examinar dónde hay fallas y actuar (Ministerio de protección social, 2008)

5.5.2.- Módulo II

- Que es un evento adverso
- Tipos de eventos adversos
- Cultura del reporte de eventos adversos

5.5.2.1.- Que es un evento adverso

Se define al evento adverso como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención o el cuidado que se está brindando, que con la enfermedad de base que tiene el paciente, estos son más atribuibles a que puedan conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos de no calidad.

Es un acto que genera daño, después de que éste ingrese a una institución de salud, los mismos que en un 60% de los casos son prevenibles y evitables, el término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunden muy fácilmente con el de complicación. Por esto es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al resultado y que una complicación no siempre es un evento adverso por lo que debemos diferenciar uno del otro.

Los eventos adversos constituyen uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento afectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario. (Reyes Revuelta)

5.5.2.2.- Tipos de eventos adversos

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

Evento adverso prevenible: el cual se define como el resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado causado de forma no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

5.5.2.3.- Cultura del reporte de eventos adversos

La cultura del reporte de eventos adversos, es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, pero sobretodo en la ética profesional que la persona tiene, y que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

A través del proceso administrativo se puede desarrollar proyectos sociales de salud y planes de mejoramiento sobre como reportar los eventos adversos e incidentes adversos. La razón más grande que tiene el personal al reportar un evento adverso es el llamado de atención, el reporte en su hoja de vida, la desconfianza con los mismos colegas de la institución, entre otras cosas.

Más allá de identificar culpables y acusar indiscriminadamente la finalidad del reporte del evento adverso es la identificación de estas mas no la culpabilidad de la persona o la organización, además de convertir el reporte de los eventos un hábito dentro de la unidad, una parte integral de la rutina diaria tanto de médicos como del personal asistencial, evitando que el personal sienta que es una carga adicional, injustificada e inservible.

El primer paso para que este reporte se haga un hábito es generar un cambio cultural de la organización, enfocando las acciones a garantizar que todas las personas la confidencialidad y no el riesgo. (Granados, 2012)

5.5.3.- Modulo III

- Factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente
- Alcances de la cultura de seguridad del paciente

- Clima de cultura de seguridad del paciente

5.5.3.1- Factores que influyen en la seguridad del paciente

Factores de paciente: Incluyen aquéllos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo, al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.

Factores individuales: Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.

Factores de tarea: Son aquéllos que ayuda y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios.

Factores sociales y de equipo: Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación. Sin embargo, la forma de gestionar, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.

Factores de formación y entrenamiento: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar

directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.

Factores de equipamiento y recursos: En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error.

Condiciones de trabajo: Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej.: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente,...

Factores organizativos y estratégicos: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación

5.5.3.2- Alcances de la cultura de seguridad del paciente

- Reúne a la gente como miembros de un equipo y da pautas de comportamiento en situaciones normales e inusuales.
- Influye los valores, creencias y comportamientos que miembros de distintos grupos sociales comparten entre sí.
- Reconoce que la actividad en la cual se desenvuelve puede estar propensa a errores y accidentes
- Estimula el análisis de errores y equivocaciones sin centrarlo en el individuo que lo cometió
- Promueve la colaboración en los diferentes niveles jerárquicos
- Destina recursos a la seguridad

5.5.3.3- Clima de seguridad para el paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que “la salud ambiental está relacionada con todos, los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona.

El clima de seguridad para el paciente engloba factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

Los factores ambientales que repercuten en la seguridad del paciente se clasifican en:

- Factores ambientales externos: Es todo aquello que rodea la vivienda, trabajo o institución de salud.
- Factores ambientales internos: Es todo aquello que está dentro de la vivienda, casa o institución

Factores ambientales externos

- Humedad.
- Energía eléctrica.
- Agua.
- Aire.
- Deshechos.
- Radiaciones.
- Infraestructuras.
- Polvo.
- Luz solar.

Factores ambientales internos

- Infraestructura.
- Temperatura.
- Ventilación.

- Iluminación.
- Aire.
- Agua.
- Humedad.
- Ruido.
- Silencio.

Otros factores

Entre otros factores que pudieran afectar la seguridad al paciente es el síndrome de desgaste profesional en el equipo multidisciplinario o el llamado síndrome de bournout

Otras causas principales de que las medidas de seguridad del paciente no se implementen adecuadamente o no den resultado para un clima de seguridad son:

- La renuencia al cambio por parte del personal
- La falta de conocimientos de la seguridad del paciente
- La falta de equipo de trabajo
- La empatía
- La prevención es uno de los elementos que garantiza la seguridad del medio ambiente hospitalario.

- Desarrollar planes estratégicos que incluyan la revisión continua, con tareas preventivas y correctivas así como la actualización del inmueble.
- Monitoreo de los indicadores de seguridad.
- El desarrollo de una cultura de prevención.

5.5.4.- Modulo IV

- Liderazgo por el personal de enfermería para implantar una cultura de seguridad
- Calidad de atención por el personal de enfermería
- Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente

5.5.4.1.- Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad

Los principios orientadores de la política

- Enfoque de atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- Cultura de seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
- Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez: Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible
- Alianza con el profesional de la salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

5.5.4.2.- Política institucional de seguridad del paciente

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente
- Lineamientos claros de cómo implementarla
- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.

- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

5.5.4.3.- Trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un método de trabajo colectivo «coordinado» en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma individual.

Principios:

- Complementariedad
- Coordinación
- Comunicación
- Confianza
- compromiso

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

- La primera causa de EA en la atención en salud lo constituyen las fallas en la comunicación entre las personas que atienden a un paciente.
- La comunicación es el único medio que permite estrechar los lazos con la comunidad, es el recurso más importante dentro del trabajo de salud; comunicarse en forma clara, oportuna y sencilla permitirá «comprender» lo que quieren decir los otros.

5.5.5.- Modulo V

- Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud
- Trabajo en equipo
- Comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

5.5.5.1- Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad

A diferencia del médico, cuya función principal es uno de diagnóstico y tratamiento, el papel de la enfermera puede ser pensado en términos de cuidado, curación y tratar al paciente de forma íntima como él o ella pasa por el proceso de mejorar su salud. Esto hace necesariamente que la enfermera responsable de lo físico, mental, emocional y bienestar a veces espiritual del

paciente. Para cumplir eficazmente su misión, sin embargo, la enfermera debe no sólo actuar como un administrador de atención, sino también como un líder en general bienestar. Esta es la filosofía de uno de los principales teóricos de enfermería, hermana Calista Roy. Según Roy, el papel de la enfermera es funcionar como un facilitador de la capacidad natural del propio paciente para adaptarse a lesiones y enfermedades. Este modelo dinámico ve enfermeras en lo que es esencialmente una capacidad de liderazgo, trayendo sus conocimientos, conocimientos, técnicas y compasión para guiar al paciente hacia la buena salud.

La gestión del cuidado debe estar a cargo de un profesional enfermera/o, con formación y competencias técnicas y de gestión en el área de la gestión de los cuidados, además se le dan atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud "la gestión del cuidado es intransferible ya que requiere de un criterio profesional que, desde su planificación hasta su ejecución, responda a estándares éticos, jurídicos y científico-técnicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería, la gestión sólo será delegable a otra enfermera/o" (Categorización de servicios de enfermería., 2009)

5.5.5.2.- La enfermera líder de conocer sobre:

Organización: "la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería" (R., 2004), debe "apoyar al personal cuidador en su labor de cuidar en forma individualizada al paciente y su familia" (M., 2005), considerando siempre los "valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados"; debe ejercer un liderazgo, el que "debe ser comprensivo, generando un clima de trabajo favorable, participativo, fomentando el trabajo en equipo, haciendo partícipe a su personal en las decisiones" (Kerouac S, 2002).

Comunicación: La habilidad para comunicarse es el núcleo del liderazgo por lo tanto "la comunicación constituye un elemento fundamental en el proceso de ejercer el liderazgo en enfermería, ya que la forma en que se transmite el mensaje interferirá con el resultado deseado" (Balsanelli A, 2006). En este sentido, "la comunicación es la base de liderazgo, porque el liderazgo es una relación interpersonal en la que los líderes influyen en las personas a cambiar a través del proceso de comunicación.

Escuchar: Más que explicar el proceso de comunicación, creemos importante abordar algunos elementos necesarios que deben estar presentes en la comunicación. Uno de ellos es la escucha activa, "escuchar activamente es poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo que nos quieren decir, mostrando además un afán de interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar"; escuchar es una de las mejores formas de obtener la mayor cantidad de información, además de demostrar el interés por el otro, es también interpretar lo escuchado, evaluarlo y responder a la información transmitida.

Toma de decisiones: En este estudio se plantea que el profesional de enfermería, toma decisiones y resuelve problemas en todas las actividades de organización y coordinación de la atención de enfermería

Otra de las capacidades que consideramos primordial al ejercer el rol de líder en la gestión de los cuidados en enfermería es la capacidad de tomar decisiones. Es así que para tomar una decisión se requiere percibir diversas opciones, significa decidir o elegir entre varias alternativas, aunque éstas sean las más elementales o primarias; sí o no, actúo o no actúo, dejo las cosas como están o hago un cambio. "La toma de decisiones es un proceso reflexivo e intelectual conformado por unas secuencias que pueden ser analizadas, perfeccionadas e integradas, con objeto de conseguir una mayor precisión y exactitud en la solución de los problemas y en el inicio de

acciones", incluye identificar un problema, buscar soluciones y seleccionar la alternativa que mejor permita alcanzar el objetivo de quien toma la decisión (Potter P, Fundamentos de Enfermería., 2002).

5.5.5.3.- Calidad de atención por el personal de enfermería

En la calidad de servicios de una institución participan diferentes miembros del equipo de salud; sin embargo, los servicios de Enfermería, debido a su amplia e importante intervención, durante el proceso de cuidado integral a los pacientes, necesita conocer el proceso de gerencia de calidad, como un estímulo para el desarrollo de una atención al paciente, en forma eficiente, libre de riesgo, oportuna, segura, humana y sistemática, haciendo uso del control y mantenimiento de los recursos disponibles.

Se observa que no todas las enfermeras elaboran por escrito el plan de cuidados al paciente hospitalizado, en el formato Kardex, destinado al registro de trabajo de la enfermera, y que aún en la actualidad no lo escriben, lo que contribuye a aumentar el número de complicaciones intrahospitalarias, tales como presencia de escaras primarias, caídas y flebitis.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende una asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de

implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su continuidad.

La calidad de la atención a la salud requiere cada día una mayor exigencia por parte de los profesionales de la salud. Una vez alcanzada una cobertura relativamente razonable, se transita hacia la preocupación por otorgar servicios con una calidad mínima indispensable. La calidad debe ser mejorada continuamente para garantizar que el paciente reciba los mayores beneficios posibles con los menores riesgos, logrando a la vez eficiencia.

La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados, según se observa

Estructura: entre estos factores se encuentran:

- La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.
- Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.

- Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- La introducción de un personal de Enfermería vigilante epidemiológica cada 300 camas hospitalarias, elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- En calcular los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.
- Procesos: Enfermería incide en numerosos procesos relacionados con la calidad de atención.
- Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- Miembro activo en las comisiones de selección de estudiantes que aspiran a cursos de nivel básico, de especialización y de nivel universitario de la profesión.
- Aplica, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- En los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.

- Aplica evaluación anual vinculada al salario, junto a Jefes de servicios.
- Jerarquiza las centrales de esterilización de las unidades.
- Ejecuta normas técnicas de otros subsistemas, de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.
- Integra diferentes comités de actividades científicas: infecciones, evaluación de historias clínicas.

En éstos y otros elementos, Enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar el comportamiento de los factores de estructura y procesos, mediante instructivos elaborados al efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del Sistema.

Con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia). Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud.

El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

En el cumplimiento de los objetivos, papel importante es el impulso al desarrollo científico-técnico, que aporta la Sociedad Cubana de Enfermería a través de la realización periódica de eventos científicos a nivel de unidades, provincias y nación.

En la ejecución de todas las acciones de Enfermería, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procederes y la aplicación de la ética médica.

5.5.5.4.- Horas laborables por el personal de enfermería

El personal de enfermería deben prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teóricos y prácticos que deben poseer, de tener una elevada autoestima, deben contar con un equilibrio mental y físico que le permita ejercer su actividad de una manera eficiente y ser efectivo en la práctica diaria de atención a los pacientes. Particularmente las enfermeras por su constante relación con los enfermos están sometidas a una recarga traumática derivada a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte.

Una de las áreas que causan mayor estrés es un hospital, ya que. Los profesionales de la salud, en este caso, los profesionales de enfermería, son más susceptibles a presentar estrés como reacción a la tensión emocional

crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, es decir, el factor característico es el estrés que surge en la interacción social paciente-cuidador. Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, es decir, cuando la razón enfermera-paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, pueden encontrarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud.

Esto ha llevado a buscar la relación que existe entre la cantidad de enfermeras vs la cantidad de pacientes y cómo esta relación ha afectado directamente la calidad de los cuidados prestados.

A lo anterior también se le suma el alto grado de responsabilidad que como enfermeras profesionales se tiene al estar a la cabeza de un servicio y a cargo de una cantidad de pacientes no proporcional a sus capacidades de cuidado, lo que ha generado un sinnúmero de manifestaciones y movimientos políticos en pro de unas mejores condiciones laborales en donde se garanticen cuidados de alta calidad hacia los pacientes, reconocimiento a la profesión de enfermería y un aporte hacia el mejoramiento continuo de la calidad del sector salud.

La calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el recurso humano; para el caso de enfermería resulta de gran importancia observar y determinar la razón enfermera-paciente con el

fin de optimizar la calidad del cuidado que se presta al paciente y por ende la calidad reflejada dentro de los indicadores hospitalarios de una organización sanitaria.

Respecto a este tema (razón enfermera-paciente) son muchas las investigaciones realizadas que relacionan este índice con los indicadores hospitalarios de calidad (mortalidad, mayor estancia hospitalaria dada por complicaciones como: infecciones nosocomiales, escaras, caídas y desplazamiento de tubos, sondas y catetes, entre otras).

5.6.- Cuestionarios

5.6.1.- Preguntas del módulo I

Seleccione la respuesta correcta

1. ¿En qué países sean realizado estudios internacionales sobre cultura de seguridad del paciente?

- a) Panamá
- b) Colombia
- c) Estados Unidos , Europa ,Noruega ,Japón y Colombia

2. ¿Qué es seguridad del paciente?

- a) Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- b) Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

3. ¿Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad?

- a) Trabajo en equipo
- b) Entrenamiento profesional y gestión de cuidados
- c) Liderazgo, Compromiso, Incorporar la seguridad

- d) Seguimiento constante, Revisión sistemática del tema, Verificación y seguimiento, examinar dónde hay fallas y actuar.
- e) c y d son correctas

4. ¿Qué es cultura de seguridad del paciente?

- a) Es el grado de satisfacción laboral entre el personal
- b) Patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente buscan minimizar el daño al paciente.
- c) Actitudes propias de cada individuo

5. ¿Qué es la promoción de la cultura de seguridad del paciente?

- a. Es la relación entre los trabajadores de la salud y los pacientes
- b. Es fomentar ideales en los trabajadores de la salud o relacionados con alguna de las fases del proceso de atención, donde cada uno acepte la responsabilidad de generar seguridad.
- c. Es la educación a la familia de pacientes en han sufrido un evento adverso

5.6.2.- Preguntas modulo II

Seleccione la respuesta correcta

1.- ¿Qué es un evento adverso?

- a) ¿Es un tipo de incapacidad producida a causa de una enfermedad crónica agravada?
- b) Son complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud.
- c) Es el deterioro del estado de salud de un paciente el cual genera incremento de costos en la atención en salud

2.- ¿Qué es un evento adverso prevenible?

- a) Resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- b) Es el resultado no deseado causado de forma no intencional que pudo ser evitado sin el cumplimiento de estándares de calidad.
- c) Resultado causado de forma intencional evitando el cumplimiento de estándares de calidad.

3.- ¿Qué es un evento adverso no prevenible?

- a) Resultado no deseado causado de forma no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- b) Es el resultado no deseado que se presenta con o sin el cuidado del personal de salud
- c) Resultado no deseado causado por la atención inadecuada del personal de salud.

4.- ¿Qué es la cultura del reporte de eventos adversos?

- a) Es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en la ética profesional.
- b) Es un método mediante el cual se pueden evitar los eventos adversos.
- c) Es un patrón del manejo de la calidad de atención basado en el manejo de la atención en salud.

5.- ¿Por qué o quién está determinado el éxito de un sistema de reportes?

- a) Está determinado por el tipo de enfermedad y evento adverso de cada paciente.
- b) Está determinado por actitud del paciente.
- c) Está determinado por las actitudes y percepciones de los profesionales y técnicos de la línea de frente del cuidado en salud.

5.6.3.- Preguntas del Módulo III

Subraye la respuesta correcta

¿Cuál de estos corresponden a factores que influyen en la cultura y seguridad del paciente?

A-Factores gubernamentales

B-Factores psicológicos

C-Personalidad del individuo

Verdadero o falso

¿Con respecto a los alcances de la cultura de seguridad del paciente que persigue?

A-Reunir a la gente como miembros de un equipo y da pautas de comportamiento en situaciones normales e inusuales (V).

3.- Complete según corresponda

De acuerdo a lo mencionado sobre el clima de seguridad para el paciente. El clima de seguridad para el paciente engloba factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud

4.- Mencione tres factores ambientales externos.

- Humedad
- Agua
- Aire

5.- Subraye cuál de estos factores ambientales internos no es correcto.

- Infraestructura.
- Temperatura.
- Empatía
- Ventilación.
- Iluminación

5.6.4.- Preguntas del Módulo VI

1) Enumere los principios orientadores de la política:

- Enfoque de Atención centrado en el usuario.
- Cultura de seguridad.
- Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
- Multicausalidad.
- Validez.
- Alianza con el paciente y su familia.
- Alianza con el profesional de la salud.

2) Complete:

Uno de los propósitos de la Política de seguridad del paciente es:

Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal para la seguridad del paciente.

3) Verdadero o Falso

En los lineamientos para la política de seguridad del paciente:

- No es necesaria la creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos. (F)
- Se debe garantizar la confidencialidad de los análisis. (V)

3) ¿En qué consiste el Trabajo en Equipo?

En que los participantes intercambien sus experiencias, respeten sus roles y funciones; para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta.

4) ¿Cómo hay que comunicarse para mantener la Seguridad del paciente?

Se debe comunicarse en forma clara, oportuna y sencilla para comprender lo que quieren decir los otros.

5.6.5.- Preguntas del Módulo V

1. ¿Cuáles son las cualidades para obtener un buen liderazgo?

- a) Ser optimista, comunicativo, entusiasta.
- b) Ser organizado, activo, comunicativo, educado.
- c) Ser activo, dinámico, el motor del grupo, quien demuestra mucha energía, vigor iniciativa y entusiasmo en cada una de las actividades que realiza.

2. ¿Por qué razón un líder debe ser un Buen Comunicador?

- a) Porque debe expresarse de forma clara, oportuna y sencilla permitirá comprender lo que quiere decir a otros.
- b) Para mantener al personal bien informado
- c) Porque la comunicación es importante para mantener buenas relaciones laborales

3. ¿Cuál es el objetivo de implementar una mejor calidad en atención de enfermería?

- a) El objetivo es mejorar la seguridad de los usuarios y del trabajador de salud

- b) La finalidad de implantar cuidados es que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su bienestar.
- c) Brindar atención integral a todos los pacientes.

4. Verdadero o Falso

¿Qué influencia tiene el exceso de carga laboral en el cuidado del paciente?

- a) Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, pueden encontrarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud. (V)
- b) La carga laboral influye de forma positiva sobre el personal de salud permitiendo atender a la mayor cantidad de usuarios posible. (F)

5 Puede aumentar la estancia hospitalaria por la presencia de:

- a) Infecciones nosocomiales, escaras, caídas, desplazamiento de tubos, sondas y catetes, entre otras.
- b) Caídas, golpes, déficit de cuidados, infecciones.
- c) Rehabilitación, desplazamiento de tubos y sondas, infecciones nosocomiales

Bibliografía

1. Agra, T. (Diciembre de 2006). La seguridad del paciente: una estrategia del sistema nacional de salud. *Scielo*, 29(3).
2. Asamblea Nacional Del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica De Salud*. Quito.
3. Astier Peña, M. P. (16 de 05 de 2013). Blog de seguridad del paciente en atención primaria. España: sano y salvo.
4. Barrera Becerra, c., del Rio Urenda, s., Dotor Gracia, m., Santana López, V., & Suarez Alemán, G. (2011-2014). *estrategia para la seguridad del paciente*. Consejería de salud, 68.
5. Bernardo, & Calderón. (2000).
6. Camargo, T., & Quiroz, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*, 336-336.
7. Cantillo Villareal, E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad, 113 -114.
8. Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. (2008). Quito, Pichincha.
9. Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
10. Consumo, M. d. (2008). Seguridad del paciente relacionado con el personal de salud. *Seguridad del paciente reto sanitario*, 1-2.
11. Dr. s, Tomas. (2010). eventos adversos ligados a la asistencia. *Evadur*, 415-416.
12. Dra. Rueda, S. C. (2008). *Conceptos básicos de investigación*. carolina academia, 4.
13. Ecuador, A. n. (2013). *Proyecto de Código Orgánico Integral Penal*. asamblea nacional, 167.
14. Ecuador, C. d. (2006). *Ley Orgánica del Ecuador*. Quito.

15. Esperato, A., Klavano, D., & Vázquez, C. (2012). Red De Pacientes Por La Seguridad. Digital Universitaria, 3.
16. Fernández Collado, C. (2005). Metodología. Internacional De México, S.A. de C.V., 20- 88.
17. Fernández S., P. (2001). Tipos de estudios clínico epidemiológicos. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística., 1 - 9.
18. Fernando Lolas Stepke, M. P. (2002). Pautas éticas internacionales. Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 9-10.
19. Gaitán Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. Salud Pública, 10.
20. Garzón Alarcón, N. (2008). Recomendaciones Éticas Para Las Investigaciones En La Facultad De Enfermería De La Universidad Nacional De Colombia. Centro de extensión de investigación.
21. González, J. L. (2001). error humano. Cambridge University: ergonomía ocupacional.
22. Gracia, M. D. (2012). Recomendaciones para la seguridad del paciente. España: Habibullah Rodríguez Contreras.
23. Granados, V. (7 de 11 de 2012). Cultura del reporte de los eventos adversos en el personal de salud de la clínica ces. Scielo, 3.
24. Hospital Padre Hurtado. (2010). Análisis De La Cultura Sobre Seguridad Del Paciente. Gerencia de Calidad, 3.
25. Juran, o. (2001-2013). Manual de calidad. Chile.
26. Kerouac S, P. J. (2002). El pensamiento enfermero.
27. Leape, B. (2002). OMS.
28. León Román, C. A. (Septiembre de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Cubana Enfermería, 22(3).
29. M., F. (2005). La gestión del cuidado en enfermería. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas., 11-37.
30. Ministerio de protección social. (2008). Objetivo de la política pública de seguridad del paciente. En d. República, Lineamientos para la política

- pública (págs. 13,14). Bogotá-Colombia: Redes de prestación de servicios de Salud.
31. Morfi Samper, R. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 2.
 32. Mosquera, D. M. (2011). Relación de la Bioética y el Derecho. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Bioética.
 33. Msc. Leon Roman, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Cubana Enfermería.
 34. Organización Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 1.
 35. Organización Mundial de La Salud. (2009). estudios e investigación 2009. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
 36. Páez Armenteros, J. (2010). La seguridad del paciente: una estrategia para los. Sociedad Cubana de Enfermería.
 37. Para, D., Camargo, F., & Gómez, R. (2012). Administración – Gestión - Calidad. Enfermería Global, 3-2.
 38. Peláez, J. L. (2005). Manual de ética médica. Reino Unido.
 39. Potter P, P. A. (2002). Fundamentos de Enfermería. .
 40. R., Z. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Índex Enferm. , 42-46.
 41. Ramírez, O. G., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. Ciencia y enfermería, 98-99.
 42. Reyes Revuelta, J. F. (s.f.). Taxonomía en seguridad del paciente. En Postulados reflexiones y teorizaciones (pág. 14). Málaga.
 43. Reyes, L. F. (2008). Negligencia médica. Lima: Bioresonancia Magnética.
 44. Robalino, B. (2011). Ética profesional. Editorial Jus, S.A., 76.

45. Rodríguez Espinel, J. (2011). Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia.
46. Rodríguez Espinel, M. F. (2011- 2016). Plan estratégico de seguridad del paciente. Servicio De Extremeño, 11.
47. Samper, R. M. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería., 3-4.
48. Secretaria Nacional De Planificación y Desarrollo. (18 de 03 de 2014). El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador. Obtenido de El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador: <http://plan.senplades.gob.ec/3.3-el-buen-vivir-en-la-constitucion-del-ecuador>
49. Segoviano, M. R. (2005). La seguridad del paciente en siete pasos. Reino unido: Ministerio de Sanidad y Consumo.
50. Senplades. (2013). Planificación y desarrollo. secretaria nacional de planificación y desarrollo, 5.
51. Uribe Zúñiga, D. (2005). Modelo de atención de enfermería obstétrica. Salud, 14.
52. Vázquez Curiel, E., Esperato, A., & Klavano, D. (2012). Red de pacientes por la seguridad del paciente. Digital universitaria, 3.
53. Vorvick, L. J. (1997-2013). Salud para ustedes. Washington: Medline Plus.
54. Zambrano Plata, G. E. (2011). Hacia la consolidación de enfermería. Ciencia y Cuidado, 84.

Anexos

Glosario de términos

- Agente: sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.
- Atención sanitaria: servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- Características del paciente: atributos seleccionados de un paciente.
- Clasificación: organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.
- Concepto: elemento portador de significado.
- Clase: grupo o conjunto de cosas similares.
- Casi error / “near miss”: Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Complicación: Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.
- Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.
- Daño asociado a la atención sanitaria: daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión.

- Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.
- Detección: acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- Evento: algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
- Evento adverso / efecto adverso /resultado adverso (ea): Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.
- Efecto secundario: efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- Error: Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.
- Error activo: Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores "a pie de cama". Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.
- Error (condición) latente: Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.
- Fallo del sistema: defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.
- Grado de daño: gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

- Factor atenuante: acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.
- Factor contribuyente: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.
- Incidente con daños (evento adverso): incidente que produce daño a un paciente.
- Lesión: daño producido a los tejidos por un agente o un evento.
- Relación semántica: la forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.
- Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.
- Reacción adversa: daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
- Resultado para el paciente: repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.
- Resiliencia: grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.
- Paciente: persona que recibe atención sanitaria.
- Práctica clínica segura: Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.
- Peligro: circunstancia, agente o acción que puede causar daño.
- Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- Seguridad: reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.

- Seguridad del paciente: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El "nivel mínimo aceptable" hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.
- Suceso centinela: Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".
- Tipo de incidente: término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.
- Negligencia: Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.
- Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar.
- Sistema de gestión del evento adverso: se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- Cultura de seguridad del paciente: es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

- **Mínimo estadístico:** Es un valor muestral de forma que por debajo de este no hay valores muestrales.
- **Máximo estadístico:** Es un valor muestral de forma que por encima de este no hay valores muestrales.
- **Media estadística:** también conocida como promedio, es una medida de tendencia central que se usa para conocer el centro de la distribución de los datos. Se calcula sumando los valores obtenidos de todas las respuestas y dividiendo este resultado entre el número total de respuestas.
- **Desviación típica:** es una medida estadística de dispersión que representa el alejamiento prototípico con el centro (media estadística), teniendo en cuenta así la diversidad de las respuestas obtenidas.
- **Asimetría estadística:** se refiere a si la curva que forman los valores de la serie presenta la misma forma a izquierda y derecha de un valor central (media aritmética). Si aparecen mayores desviaciones hacia la derecha de la media, se dice que presenta una asimetría positiva y la medida de asimetría será una cantidad positiva, tanto más grande cuanto mayor sea ese comportamiento. Por el contrario, si aparecen mayores desviaciones hacia la izquierda de la media, se dice que presenta una asimetría negativa y la medida de asimetría será una cantidad negativa, tanto más negativa cuanto mayor sea dicho comportamiento.
- **Curtosis:** también llamada medida de apuntamiento o de concentración central es una medida de la forma o apuntamiento de las distribuciones, analiza el grado de concentración de frecuencias que presentan los valores alrededor de la media y de la zona central de la distribución. Por medio del *Coficiente de Curtosis*, podemos identificar si existe una gran concentración de valores (*Leptocúrtica*), una concentración normal (*Mesocúrtica*) o una baja concentración (*Platicúrtica*)
- **Implicaciones para enfermería.** Todo aquello (políticas, planes, programas, normas, estándares, requisitos,...) que en sí mismo repercute o puede significar para la enfermería en su ser y hacer en los diferentes

roles en los que interactúa: asistencial, educativo, gerencial e investigativo.

- Rol funcional de enfermería. Es un conjunto de competencias, funciones, actividades o tareas que desarrolla el profesional de enfermería en un área específica de actuación o desempeño.



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente

La encuesta tiene como finalidad determinar los conocimientos y actitudes de los Internos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte sobre seguridad del paciente

INSTRUCCIONES: Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de la “Cultura de la seguridad del paciente”. Le tomará aproximadamente 10 minutos completarla.

I. Datos Generales:

- 1) Edad en años: _____
- 2) Género: Femenino _____ Masculino _____

II. Conocimientos:

- 3) ¿Qué significa “Seguridad del Paciente”?
.....
.....
.....
- 4) La seguridad del paciente pretende:
- a) Reducir las infecciones
 - b) Reducir la mortalidad relacionada con la cirugía
 - c) Aumentar el número de profesionales que trabajan en los centros sanitarios
 - d) Garantizar sangre segura
- 5) ¿Es lo mismo error que evento adverso?
- a) SI
 - b) NO



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

6) ¿Qué es un evento adverso?

.....
.....

7) ¿Cuál cree que es el mecanismo de transmisión más común de las infecciones en los hospitales?

- a) Los envases de medicamentos inyectables que se usan para múltiples pacientes
- b) Los pacientes con infecciones causadas por microorganismos multiresistentes
- c) La falta de higiene de las manos de los profesionales sanitarios
- d) Los dispositivos médicos y el instrumental

8) ¿Cuál es la medida más eficaz para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?

- a) Las precauciones de aislamiento
- b) Las precauciones estándar
- c) La higiene de las manos
- d) El control de los antibióticos

III. Percepción:

9) ¿Cuáles son los errores más frecuentes que usted ha observado?

- a) No he visto errores
- b) Error terapéutico (tratamiento equivocado))
- c) Error en el medicamento (dosis, vía de administración)
- d) Error quirúrgico (cirugía equivocada)
- e) Otra (por favor describa).....



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

10) ¿Por qué ocurren los eventos adversos?

- a) Por falta de conocimientos o habilidades
- b) Por descuido
- c) Por comunicación insuficiente
- d) Por sobrecarga de trabajo y cansancio de los médicos
- e) Otra (por favor describa).....

11) ¿Existe alguna condición del hospital, del personal o de los pacientes que haga más frecuentes los errores?

- a) Pacientes muy complicados
- b) Sobrecarga de trabajo
- c) Falta de supervisión a los médicos en formación
- d) Falta de recursos
- e) Otra (por favor describa).....

12) ¿Se está realizando alguna estrategia en su hospital para prevenir los eventos adversos?

- a) Sé que no se está realizando ninguna estrategia
- b) Lo desconozco
- c) Sí, la estrategia consiste en:

13) ¿Qué ha observado usted que ocurre en su hospital cuando se detecta un evento adverso?

- a) Se oculta
- b) Se comenta como chisme
- c) Se analiza y se presenta en sesión del hospital
- d) Se castiga a quien lo cometió
- e) Otra (por favor describa).....



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

14) ¿Cuáles considera que los grupos que se mencionan a continuación, deben o no estar involucrado en la atención para mejorar la seguridad de los pacientes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- a) Los pacientes
- b) Los internos rotativos de enfermería
- c) Los médicos
- d) El personal de enfermería
- e) Los administrativos
- f) Los directivos del hospital
- g) Las universidades

III. Actitudes:

15) ¿Qué podría un Interno de Enfermería hacer para lograr una atención segura?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gracias por su colaboración