



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO,
LIMA-2019

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional Especialista en Emergencias y
Desastres

Autora

Pucuhuaranga Ricaldi, Mariela Victoria

Asesora

Urbano Mauro, Atuncar Tasayco

ORCID: 0000-0003-1871-0273

Jurado

Avila Vargas, Jeannette Giselle

Becerra Medina, Lucy Tani

Landauro Rojas, Isolina Gloria

Lima - Perú

2024



CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL EMFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO, LIMA-2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.ucm.edu.co Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1%

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL EMFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO, LIMA-2019

por MARIELA PUCUHUARANGA

Fecha de entrega: 13-feb-2024 01:06p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2293973232

Nombre del archivo: INFORME_FINAL_-_PUCUHUARANGA_RICALDI_MARIELA_VICTORIA.docx (116.19K)

Total de palabras: 9550

Total de caracteres: 53663

Resumen

La actual indagación trata sobre “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de un hospital público, Lima 2019”, se plantea con el fin de determinar el nivel de cultura de seguridad que utilizan los profesionales de enfermería en el desarrollo de sus labores. La metodología utilizada es de tipo cuantitativo, de corte transversal aplicado a una población conformado por 80 enfermeras que trabajan en los servicios de emergencias, para el proceso de confiabilidad del cuestionario se elaboró a través de la prueba de alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,749, respectivamente para la variable. Los resultados obtenidos representados destacan que del total de la población estudiada el 85 % (68 profesionales) presentan debilidades hacia la cultura de seguridad y el 15% de profesionales (12 profesionales) si cuentan con la fortaleza en la cultura de seguridad del usuario. La investigación demuestra que el 77.5% (62 profesionales) presentan debilidad hacia la labor colectiva en la cultura de seguridad del usuario y un 22.5% (18 profesionales si cuentan con la fortaleza en la cultura de seguridad de los usuarios). El 82.5% (66 profesionales) presentan debilidad en la comunicación en equipos en la cultura de seguridad del usuario, y un 17.5% (14 enfermeras) cuentan con una fortaleza en dicha dimensión. El 85% de la población conformado por 68 enfermeras cuentan con una debilidad en las direcciones de la cultura de seguridad de los usuarios y un 15% conformado por 12 enfermeras que cuentan con la fortaleza de las direcciones en la cultura de seguridad del usuario. El 76.3% (61 enfermeras) presentan debilidad en las supervisiones de la cultura de seguridad de los pacientes y un 23.8% (19 enfermeras) cuentan con una fortaleza en dicha dimensión. Se observa un 87.5% de la población 70 enfermeras poseen debilidad conforme a la cultura de seguridad del usuario y, el 12.5% (10 enfermeras) cuentan con una fortaleza en los resultados de la cultura de seguridad.

Palabras clave: cultura, seguridad del paciente, profesional de enfermería.

Summary

This research work deals with the ethos of persistent security hip the treatment professional of a public hospice, Lima 2019, it is proposed through the detached of influential the equal of guard philosophy used through the treatment qualified hip the development of their work.

The organization castoff hip this education remains measurable, cross-sectional applied to a population completed awake of 80 nannies who exertion hips the alternative facility, for the dependability process of the questionnaire remained carried out by means of the Cronbach primary assessment, obtaining as a result 0.749, respectively for the variable.

The results obtained represented highlight that of the total population studied, 85% (68 professionals) present a weakness towards the philosophy of security besides 15% of professionals (12 professionals) if they have strength in the philosophy of persistent care. The research shows that 77.5% (62 professionals) show weakness towards teamwork in the philosophy of persistent security besides 22.5% (18 professionals if they have strength in the culture of patient safety).

The 82.5% (66 professionals) present weakness in team letter in the philosophy of persistent care, then 17.5% (14 nurses) have strength in said dimension. 85% of the public whole awake of 68 nannies have a weakness hip the direction of the philosophy of persistent protection besides 15% made up of 12 nurses who have the strength of the direction in the culture of patient care. 76.3% (61 nurses) present weakness hip the supervision of the culture of enduring care and 23.8% (19 nurses) have strength in said dimension. 87.5% of the population is observed, 70 nurses have a weakness regarding the philosophy of persistent care besides 12.5% (10 nurses) have a forte hip the results of the culture of care.

4

Keywords: culture, patient safety, nursing professional.

I.-Introducción

1.1 Descripción Y Formulación Del Problema

Cuando un paciente recibe atención en las entidades de salud, son cuidados otorgados por el personal de enfermería, quienes se supone están preparadas para evitar y prevenir los eventos adversos. Sin embargo, en los turnos programados en los establecimientos de salud tenemos una diferencia que se traduce en nuestra realidad.

Las caídas de pacientes por diversas razones en un ambiente hospitalario, administración de dosis incorrectas, frecuencia de úlceras por presión causadas por falta de cuidados oportunos en algunos casos no son cuantificados mediante indicadores por diversas razones que no demuestran la realidad del cuidado en área crítica de emergencia.

Costa (2014). Refiere “las eventualidades no deseadas al recibir terapia médica plasman una causa de alto número de usuarios afectados y fallecidos. A las consecuencias individuales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos”.

Las posibles dificultades que se puede ocasionar al paciente en el área de hospitalización generan diferentes aspectos negativos sobre el paciente y su familia por lo que considero se debe determinar estrategias mediante planes, acciones y normas sanitarias para asegurar eventos adversos que pueden ser advertidos en la práctica clínica.

Actualmente, se considera a la seguridad de los usuarios como parte de la cultura institucional siendo además un indicador esencial de la calidad de atención, el presente trabajo busca determinar las dificultades para contribuir en su disminución.

Es necesario e importante la difusión de las lesiones ocasionadas por una práctica clínica insegura entre ellos: falta de preparación, de conocimientos, carga laboral, afluencia de pacientes, horario, necesidades del servicio, flebitis, reacción adversa a medicamentos,

infecciones intrahospitalarias contaminación por falta de materiales, disposición del personal entre otros.

Existen estudios actuales que refrendan una posición discordante en la realidad en diferentes centros de atención sanitaria públicos o privados.

En la institución donde se desarrolló este estudio se observaron reclamos por negligencia y en algunos casos evidentes, los usuarios refieren “nos explican en términos técnicos, poco claros y confusos que no satisfacen al público usuario. Otro reclamo reiterado es el problema de acceso a diferentes tópicos de atención, disponibilidad de camas hospitalarias, especialidades médicas y/o procedimientos quirúrgicos, donde se evidencian eventos adversos que pueden ser prevenibles es por ello que como profesionales de enfermería y como sector numeroso se encuentra directamente involucrado de reclamos y demandas como consecuencias de funciones aplicadas incorrectamente y/o inoportunamente, que enfrenta en ocasiones esporádicas no llegan a formalizar en un reclamo.

Formulación del problema:

Problema general:

¿Cuál es el nivel de Cultura sobre Seguridad del Paciente que utiliza el Profesional Enfermería del Servicio de Emergencia de un Hospital Público-2019?

Problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente según la dimensión trabajo en equipo en el profesional de enfermería?

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente según la dimensión comunicación en el profesional de enfermería?

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente según la dimensión gestión y dirección en el profesional de enfermería?

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente según la dimensión supervisión en el profesional de enfermería?

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente según la dimensión en los resultados en el profesional de enfermería?

1.2. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

González (2017) indagó el “Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente de la Enfermería del Hospital de Mérida”. El propósito fue examinar la cultura de seguridad de los pacientes de la enfermería del Hospital de Mérida. Las investigaciones son de tipos descriptivos, observacionales y de cortes transversales, con una muestra conformada por 192 especialistas. La encuesta original de la “Agency for Health care Research and Quality” de EE. UU se empleó como instrumento de medición. Los resultados establecen que la enfermería del hospital de Murcia presenta una visión positiva de la cultura de seguridad, y la de sus prestaciones es la que se valora más. Una fortaleza que se demostró fue el trabajo colectivo dentro de las unidades, mientras que una dimensión que se valoró de forma positiva el trabajo del gerente con la seguridad del usuario. Las dotaciones de personales fueron vistas como un punto débil y la ayuda administrativa de la Enfermería del Hospital de Mérida a la seguridad del usuario fue calificado negativamente.

Magín (2014) se enfocó en estudiar la “Seguridad de los Pacientes durante la Atención de Enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital de los Valles de la Ciudad de Quito”. El propósito fue definir una cultura inicial de seguridad de los usuarios entre los personales de enfermería en las Unidades de Emergencias del Hospital de los Valles, la muestra conformada 20 profesionales a quienes se les aplicó el cuestionario realizado por la “Agency for Health care Resarcí and Quality” de los EE.UU. Con diseños cuantitativos con variables cualitativas, prospectivas, observacionales y transversales. Se determinó que dos

fortalezas principales representaron más del 75% de las respuestas positivas a las preguntas positivas; pertenecen a la dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua”, la dimensión tuvo respuesta positiva en el 95% de los ítems, es decir: “cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir”; y la otra se vincula con “el trabajo en equipo en la unidad de emergencia” recibió un 82,5% de respuestas positivas. Se concluye que los personales de enfermería tienen fortalezas y debilidades, y son necesarios programas de mejora continua.

Espiñeira (2013) en su indagación denominada la “Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería”. El propósito fue saber los niveles de cultura de seguridad de los usuarios entre las enfermeras de las prestaciones de urgencias del complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. La indagación fue descriptiva e incluyó a 29 especialistas empleando como instrumento la Encuesta de Cultura del Paciente Hospitalario adaptada a España. Los resultados muestran una calificación de seguridad promedio de 6,8 sobre 10. Asimismo, las dimensiones mejores estimadas son “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” El 81% y el 71% respectivamente tuvieron respuestas positivas. Las peores reseñas son “Dotación de personal” (62% de negativas respuestas) y “Percepción global de seguridad” (44%), conjuntamente con las dimensiones “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” y “Respuesta no punitiva a los errores” representaron el 54% de todas las negativas respuestas a los cuestionarios.

Soria (2012) investigó la “Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”. El propósito fue comprender las percepciones de las equivocaciones en la atención a los usuarios y el aspecto positivo (fortaleza) y negativo (debilidad) de la cultura de seguridad (CS) de los doctores y enfermeros que laboran en la

UCIN. La muestra conformada por Contestaron 22 médicos y 28 enfermeros. Este estudio descriptivo, cuali-cuantitativo se basó en el estudio realizado por Gutiérrez y Col sobre “Percepciones sobre CS en los Servicios de Medicina Intensiva españoles” mediante un cuestionario de escala Likert.

Los resultados evidenciaron que el 28% de los equipos de atención médica creían haber estado involucrados en un evento adverso. Las fortalezas reconocidas fueron el clima de trabajo (70%) y las percepciones de buena comunicación durante el traslado a la UCIN (76%). Las áreas de mejoras o debilidades reconocidas son las organizaciones y gestión hospitalaria, con un 54%, y la gran carga de trabajo, con un 86%.

Fajardo-Dolci, Rodríguez-Suárez, Arboleya-Casanova, Rojano-Fernández, Hernández-Torres y Santacruz-Varela (2011) investigaron la “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”. La muestra integrada por 174 especialistas. La investigación tuvo como objetivo estimar los niveles de cultura sobre la seguridad del usuario entre los especialistas de salubridad. Los estudios son de tipos transversales y descriptivos se empleó como instrumento de medición las versiones traducidas al castellano del cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Health care Research and Quality”. Los resultados determinaron que las percepciones de seguridad global eran del 51%. La dimensión más inferior son las aperturas de la comunicación (38%) y la dimensión más alta son los aprendizajes organizacionales (68%). Los valores alfa de Cronbach fueron inferiores para las tres dimensiones de percepciones globales de seguridad (0,35), respuestas no punitivas a los errores (0,55) y distribuciones de los personales.

Roqueta, Tomás y Chanovas (2011) investigaron sobre la “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias en 30 hospitales del sistema nacional de salud”. La indagación tiene como finalidad saber los niveles de cultura de seguridad de los pacientes en SUH (“los servicios de urgencias hospitalarios”). Los estudios fueron de tipos descriptivos,

empleando como instrumentos de mediciones la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)” adaptada al castellano. La muestra la determina 1.388 profesionales pertenecientes a 30 SUH de 13 comunidades autonómicas. Los resultados definieron que la calificación promedio de seguridad fue de 6,1 puntos. Las dimensiones más reconocidas fueron el trabajo colectivo en el departamento y las acciones/expectativas de los personales responsables del departamento/servicios en vinculación con la seguridad de los pacientes con un 68% y 56% de positivas respuestas, correspondientemente. Las dimensiones menos reconocidas fueron las provisiones de RRHH y la gestión/ayuda a la gestión hospitalaria, donde el 57% y el 47% contestaron negativamente, respectivamente.

Antecedentes Nacionales

Albán (2018) en su indagación denomina la “Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia - EsSalud”, el propósito fue definir la cultura de seguridad de los usuarios a raíz de las percepciones de los personales de enfermería sobre los servicios mencionados anteriormente. Metodología: corresponde a estudios cuantitativos, descriptivos, transversales y prospectivos. La población estaba compuesta por 43 enfermeras de los servicios de medicina (13) y emergencia (30) y se empleó la encuesta de seguridad de los pacientes como instrumento. En español, las percepciones de los usuarios sobre la cultura de seguridad se evalúan en base a seis dimensiones: frecuencias de adversos eventos reportados, percepciones de seguridad, acciones y expectativas de gestión, trabajo colectivo en los servicios, dotaciones de personales y dificultades durante los turnos. En términos de seis dimensiones; tres de ellos se consideraron negativos: frecuencias de notificaciones de eventos adversos (46,5%), condiciones de los personales (48,3%) y dificultades de turnos (47,7%), dos de los cuales se

estiman neutrales: percepciones de dificultades de seguridad (57,4%) y expectativas de las direcciones y actividades (61,6%), solo un ítem resultó positivo: trabajos en equipos en los servicios (75%). [...] La conclusión general es que los personales médicos y de enfermería de urgencias percibe de forma negativa la cultura de seguridad del usuario, pero la indagación sugiere mejoras que beneficiarán la seguridad de los usuarios.

Mori (2018) indagó la “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017”. El propósito era establecer un vínculo entre la cultura de seguridad de los usuarios y las prevenciones de accidentes entre los personales de enfermería de los servicios de urgencias del Hospital Vitarte. La indagación empleó métodos cuantitativos y deductivos hipotetizados con tipo de estudio básico, niveles descriptivos y correlacionales y diseños no experimentales; las muestras transversales fueron probabilísticas y estaba integrada por 40 enfermeras. Se utilizó un cuestionario de escala Likert para estimar las variables de cultura de seguridad de los pacientes y prevenciones de adversos eventos, y se probaron su confiabilidad y validez. Se empleó el estadístico Rho de Spearman para definir las correlaciones entre variables. Hay correlaciones significativas y positivas entre la cultura de seguridad de los pacientes y las prevenciones de adversos eventos en los servicios de urgencias del Hospital Vitarte. Los niveles de significancias fue 0,05, $R= 0,827$, y $p = 0,035 < 0,05$.

Figuroa (2016) investigó la “Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa Pueblo Libre”, el propósito fue definir la vinculación entre la cultura de seguridad del usuario de los personales de enfermería y su vinculación con adversos eventos en los Servicios de Emergencias del Hospital Santa Rosa. Pueblo Libre-2016. La muestra estaba compuesta por 30 enfermeras. Los métodos empleados fueron diseños cuantitativos, de investigaciones básicas, descriptivos simples, transversales y correlacionales. La encuesta fue la técnica usada

y como instrumento se empleó un cuestionario escala Likert con 24 interrogantes. La variable independiente fue la cultura de seguridad de los usuarios de los personales de enfermería y la variable dependiente fueron los adversos eventos, cuyas dimensiones se asociaron con los manejos clínicos, los procesos o procedimientos de enfermería, las equivocaciones de registro y la medicación o administración. Se mide mediante un manual de observación. Los resultados revelaron vinculaciones significativas entre la cultura de seguridad de los pacientes y los adversos eventos entre las enfermeras de emergencias del Hospital Santa Rosa. Con Rho de Spearman es 0,781, valor $p = 0,000$.

Gutiérrez y Ríos (2017) investigaron la “Carga Laboral de la Enfermera y Cultura de Seguridad del Paciente - Servicio de Emergencia de los Hospitales III- MINSA”, El propósito fue examinar la vinculación entre las cargas de trabajo de enfermería y la cultura de seguridad de los pacientes en los servicios de emergencia de hospitales nivel III de Arequipa en el año 2016. Se emplea una encuesta como herramienta, un cuestionario como tecnología y una evaluación centrada en VACTE como formulario de observación. El formulario consta de 10 dimensiones y 29 indicadores, y la unidad de medida de puntos es aproximadamente minutos. Los resultados evidenciaron que no hubo una vinculación estadísticamente significativa entre las cargas de trabajo de los personales de enfermería y la cultura de seguridad de los usuarios ($P = 0,769$).

Martínez (2016) indagó la “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicios de Centros Quirúrgicos y Recuperaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo”. El propósito del estudio fue definir la Cultura de Seguridad de los pacientes, en enfermeras que trabajan en el “Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Metodología: niveles aplicativos, tipos cuantitativos, métodos descriptivos. En 45 enfermeras se empleó a través de la encuesta, un instrumento llamado “Encuesta de seguridad del paciente” validado en el 2010 por “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”.

Resultados: los factores con positivas respuestas son “Respuesta no punitiva a los errores” con 68.9%, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con 55,6% y “Trabajo en equipo dentro del servicio” con 53.3%; “Acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes” 51.1%. Los factores con negativas respuestas son, el “Grado de apertura de la comunicación” con 88.9%, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” con 66.7%. Las dimensiones “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” lograron el 57.8% cada uno 9 correspondientemente. [...] Conclusiones: Los factores que componen puntos débiles esenciales a solucionar son el “Grado de apertura de la comunicación”, la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

1.3. Objetivos

1.3.1 General

Determinar el nivel de cultura sobre seguridad del paciente que utiliza el profesional de enfermería del servicio de emergencia de un Hospital Público.

1.3.2 Específicos:

- Identificar la cultura de seguridad del paciente según la dimensión trabajo en equipo en el profesional de enfermería.
- Identificar la cultura de seguridad del paciente según la dimensión comunicación en el profesional de enfermería.
- Identificar la cultura de seguridad del paciente según la dimensión gestión y dirección en el profesional de enfermería.
- Identificar la cultura de seguridad del paciente según la dimensión supervisión en el profesional de enfermería.
- Identificar la cultura de seguridad del paciente según la dimensión en los resultados en el profesional de enfermería.

1.4 Justificación

La actual indagación se efectúa con la finalidad de buscar el origen de los efectos de una práctica inadecuada, motivo el cual se encuentran marcados por las dimensiones de seguridad ante los riesgos que se dan en la práctica clínica que afectan al público usuarios pero que no son considerados por razones no descritas que de ser así se podrían plantearse estrategias que permitan evitar eventos esporádicos pero que definitivamente son actos no deseados.

Establecer una práctica basado en una cultura, significa asegurar un comportamiento profesional en todo sentido del personal de salud respetando, valores y

creencias para brindar cuidados basados en principios que todo profesional de enfermería debe tener presente.

Por lo tanto, es esencial que todas las prácticas incorporen políticas destinadas al mejoramiento de la seguridad de los usuarios basados en la educación del usuario y los cumplimientos de los estándares generales de bioseguridad institucional, sensibilizar a los especialistas de enfermería de salud pública que una labor adecuada de aplicación se basa en principios que permite desarrollar un trabajo seguro del profesional de enfermería y los usuarios.

Por tanto, considero que el medio donde se brindan cuidados debe ofrecer seguridad y comodidad para todos un equipamiento moderno, remodelación de infraestructura entre otros, por ello considero necesario ejecutar el actual estudio con el fin de saber el medio donde se brinda el cuidado a nuestros usuarios sea el adecuado, basado en principios de bienestar y humanismo para asegurar que los profesionales de enfermería pongan en prácticas sus conocimientos y de no ser así permita establecer propuestas que disminuyan la frecuencia de eventos que perjudiquen al usuario.

II. Marco Teórico

2.1 Bases Teóricas

Esta indagación se diseñó basándose en los principios de principiante a experto de Patricia Bennett, que se emplean extensamente en las prácticas clínicas agudas. Las enfermeras deben aprovechar al máximo sus conocimientos porque la seguridad y, en muchos casos, la vida de los pacientes depende de su experiencia

Cuando un profesional actúa frente a un paciente debe considerar la aplicación de sus conocimientos teórico-prácticos liderar una decisión precisa que busque un resultado favorable de bienestar del paciente para alcanzarlo se requiere fortalecer el trabajo colectivo, minimizar tiempo, destacar que una participación acorde con la circunstancia asegura el bienestar del paciente.

Por eso, es importante identificar al enfermero, porque la atención a los pacientes en esta área puede ser muy estresante, ya que el equipo de trabajo se halla bajo estrés debido a la condición clínica de los pacientes y al estado emocional inestable de la familia. Los procesos tranquilos, eficientes y eficaces en un ambiente dinámico afectarán positivamente la calidad de la atención, reflejando cambios en las imágenes internas y externas de la organización.

Seguridad Del Paciente

El MINSA en el año 2018 establece lo esencial de la seguridad de los usuarios debe ser asumida como una forma de minimizar los procesos considerados como inseguros y esto debe hacerse utilizando las mejores prácticas que incentiven resultados apropiados. Se entiende por seguridad al uso de elementos estructurales, instrumentos y métodos que se basan en la evidencia y que a su vez planteen como objetivo minimizar la probabilidad de intervenir sobre ellos cuando exista el riesgo de ocurrir y responder de forma adecuada ante sus ocurrencias y/o mitigar sus efectos.

Cultura De Seguridad Del Paciente.

Varias organizaciones consideran medidas para consolidar la cultura de seguridad de sus trabajadores. De esta manera, los trabajadores se capacitan e informan sobre cómo realizar mejor sus actividades y disminuir las posibles dificultades que pueda darse en lo laboral, así como los productos y servicios que brindan las organizaciones.

Implementar una cultura de seguridad sólida tiene varios beneficios que van más allá de la disminución de dificultades y también pueden aumentar las eficiencias y competitividad de una organización. Al garantizar que los trabajadores hagan su labor correctamente, podemos evitar posibles errores en el futuro y hacer que la organización sea más competitiva y eficiente. Esto puede generar costos de mala calidad.

Principales Características:

A. Atributos:

La cultura de seguridad refleja las características de altos niveles que los especialistas de la salud se esmeran por practicar a través de un sólido sistema de gestión de la seguridad.

Una cultura en la que todos los empleados, incluido los personales de primera línea, los médicos y los gerentes, aceptan asumir la responsabilidad de su seguridad propia, así como la de sus colegas, pacientes y visitantes.

- Prioriza la seguridad sobre los objetivos financieros y operativos.
- Fomenta y premia las identificaciones, comunicaciones y resoluciones de dificultades de seguridad.
- Permite a las organizaciones aprender de los incidentes.
- Proporciona recursos, estructuras y transparencias apropiadas para conservar un sistema de seguridad eficaz.

B. Componentes:

La organización con una cultura de seguridad eficaz comparte los compromisos de hacer de la seguridad una máxima prioridad en toda la organización. Los componentes más destacables son:

- Reconocer que las operaciones organizacionales son de altos riesgos y propensas a equivocaciones.
- Un ambiente limpio donde las personas pueden informar errores o casi accidentes sin penalización.
- Se espera que se encuentren soluciones a las vulnerabilidades mediante la colaboración entre organizaciones profesionales.
- La organización está dispuesta a asignar recursos para abordar las dificultades de seguridad.

C. Características de una cultura de la seguridad

- Comprenda que las cosas pueden salir mal.
- Apto para identificar las equivocaciones, aprender de ellos y tomar medidas para el mejoramiento de las cosas.
- Sea abierto y objetivo (justo), compartan informaciones abiertamente y trate los efectos secundarios con especialistas (esto es muy importante tanto para los pacientes como para quienes los cuidan o tratan).
- Basado en un enfoque de sistemas: las cosas importan no solo para los individuos, sino también para los sistemas en los que operan.
- Resolver problemas del sistema le ayudará a aprender y evitar que vuelvan a ocurrir problemas similares.
- Esto sucede cuando: atienden a pacientes + fijan propósitos + desempeñan procedimientos / procesos + compran productos + rediseñan.
- Afectan las misiones, visiones y propósitos de las organizaciones.

- Seguridad de los pacientes es parte de las Estrategias, Misión, Visión, Indicadores, Objetivo, Proyecto y formas de laborar.

D. Beneficios de una cultura de la seguridad

- Afecta positivamente el desempeño de las organizaciones.
- Examinación de errores de pase.
- Mejora constante (porque las perfecciones son imposibles).
- Se informó a los empleados de lo que podía salir mal y de lo que salió mal (en lugar de rumores o miedo).
- Disminuir las recaídas y la gravedad mediante el aprendizaje.
- Daños/impactos en los pacientes (prevenciones y comunicaciones).
- El estrés, la culpa y la falta de confianza de los empleados disminuirán, al igual que las frecuencias de adversos eventos.
- Los tiempos de espera causados por un menor número de pacientes que regresan están asociados con errores.
- Reduzca los costos de procesamiento adicionales.
- Reducir el coste de los recursos necesarios para administrar reclamos y quejas.
- Reducir el costo social (bajas por enfermedad de los usuarios) y financieros (prestaciones por discapacidad).

E. Cultura abierta e imparcial (justa)

- Abierta respecto a: Discuta los eventos adversos con supervisores y colegas. Si se producen eventos adversos, los pacientes deben ser tratados como figuras públicas y se les debe explicar la experiencia.
- Liderazgo que: Promover la concientización sobre los incidentes de seguridad de los usuarios y mejorar la comunicación. Gestionar los peligros de forma

proactiva, garantizar que los incidentes se traten de manera justa y aprender de ellos, abordar los eventos adversos, brindar retroalimentación e informar a los pacientes y no descuidar los factores disciplinarios en incidentes graves garantizará un enfoque sistemático.

- Elementos necesarios: Comprender la cultura actual antes de modificarla.
Mejorar la conciencia del paciente sobre la seguridad y explicar los beneficios.
- Responsable de sus actos
- Trata a los empleados de manera justa y los apoya cuando ocurren incidentes adversos. Clarifica dos mitos: Perfección: «si se intenta algo con empeño, no habrá errores».
- Castigos: «castigando a quien comete errores, reducimos su número»

Trabajo en equipo:

Trabajar en equipo reúne las fortalezas, actitudes, talentos y saberes de diferentes empleados con el objetivo del mejoramiento de los resultados, las eficiencias y las eficacias generales de la entidad. Obliga asumir las responsabilidades de las labores y decisiones atribuidas. Hay armonía, cooperación, empatía y coherencia, todo esto lleva a ser un líder que dirige actividades, brinda seguridad, orientaciones, apoyos, distribuyen las cargas de trabajo y motivan a los equipos a ser autosuficientes, creativos y receptivos a cualquier cambio.

Es esencial que los directivos puedan estimar los trabajos de cada trabajador, apoyar al máximo sus labores y exigir siempre respeto a todos. Uno de los mejores ejemplos de trabajo en equipo se encuentra en el día a día de los hospitales, debido que muchas actividades en las organizaciones hospitalarias se benefician del trabajo colectivo, las coordinaciones y las cooperaciones para alcanzar los objetivos.

Comunicación

Es la esencia de la relación social, las difusiones de informaciones, así como del contrato político y comercial, y cada rubro de su empleo necesita de una comprensión especial para elaborarla de forma correcta, al tiempo que se fundamenta en la convivencia saludable tanto en familias, parejas y trabajo. El modelo de tiempo utilizado es revelar los hechos al público con antelación a través de los medios de comunicación o llegar a un pacto sobre las armonizaciones de las regulaciones de importaciones y exportaciones. Por tanto, la comunicación no es solo una cuestión de comunicación, sino más importante aún, de cómo expresarse. Una equivocación puede significar despidos, pérdidas financieras, hostilidad y perturbación social, conforme el grado de poder y responsabilidades de los infractores.

La confianza es el resultado de una relación de colaboración que resulta de respetuosas relaciones entre sujetos que conservan líneas abiertas de comunicación.

La comunicación no puede forzarse ni generarse creando infraestructuras organizacionales específicas, la cultura organizacional puede en realidad prevenir o mejorar la colaboración creando un entorno específico que promueva un alto grado de comunicación abierta. Comunicarse con el personal sobre errores organizativos.

Cuando se trata de comunicar e informar a los empleados sobre fallas de los dispositivos, establecer zonas seguras en todos los departamentos y unidades de atención al paciente muestra los compromisos de la organización con la seguridad y facilita que otros empleados compartan información y hagan interrogantes.

Gestión / Dirección

Son procesos dinámicos de creaciones de conocimientos generados dentro de una institución que reúne a los sujetos de forma intencionada para mejorar sus

objetivos, compromiso y resultados. La seguridad se describe como los resultados finales de procesos de aprendizajes organizacionales en el que todos los elementos de la organización participan trabajando juntos para lograr este objetivo.

Una organización que aprende es una organización capaz de idear, conseguir y difundir saberes y cambiar su comportamiento para reflejar nuevas ideas y saberes. La organización con mayores capacidades de aprender es aquella que se conservan abiertas y curiosas y creen que siempre hay algo que aprender debido a la incertidumbre, complejidades e inseguridades del entorno laboral. Uno de los propósitos de las organizaciones sanitarias comprometidas con los aprendizajes debería mejorar los equilibrios entre los conocimientos científicos y las prácticas clínicas.

Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.

Actualmente, una de las prioridades más importantes en el departamento de RRHH de cualquier organización es conservar altos estándares de gestión de recursos humanos. Hasta hace poco, el enfoque funcional de los equipos de RR.HH. corporativos era la gestión de los procesos administrativos de los empleados. De hecho, en la gestión empresarial clásica del siglo XX, los factores más importantes de las ventajas competitivas quedaron en el pasado.

En nuestros días, el avance de las Tics y la centralización de los conocimientos enfatizan la función del capital humano. Para los responsables de administración y gestión de personal, esto significa ampliar el campo de trabajo, y ahora los gerentes de personal pueden ser responsables de distintos aspectos de la operación hospitalaria, desarrollar diferentes habilidades y promover su desarrollo profesional.

Supervisión

Las enfermeras asumen el impulso de la reforma sanitaria y, en base a ello, esto significa que debemos contribuir decisivamente a la reorganización de los servicios de salud, adaptar nuestras actividades a un enfoque integrado y, por tanto, fortalecer el enfoque en los diferentes departamentos. Es importante promover la continua mejora de la calidad de enfermería mediante procesos y procedimientos de gestión técnica e incidir positivamente en la implementación de la atención médica integral. Es parte de la calidad de la atención de enfermería. Un equipo de salud interdisciplinario para la satisfacción individual, familiar y comunitaria. Este documento técnico legal define los procesos y procedimientos empleados en la supervisión de enfermería. Considerando que las supervisiones son una de las básicas funciones de dirección, liderazgo, dirección y control, es esencial en este documento identificar actividades que beneficiarán la supervisión de enfermería. Desarrollar una actitud competitiva en el ámbito laboral y aportar una dimensión amplia y científica para el mejoramiento de la calidad de los servicios a los clientes.

Berwick aconseja a las organizaciones cambiar su enfoque de los errores a la prevención de daños primero, centrando estos esfuerzos en los pacientes y dejando de lado la búsqueda de culpas. Junto a los comprensibles temores a los castigos, los mayores miedos de los individuos es la vergüenza de admitir un error delante de sus compañeros. Los más sensibles a la vergüenza también eran más propensos a ignorar los mensajes y no discutirlos con sus colegas.

Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.

Consideramos significativo delimitar el marco jurídico según determina en el literal e) del art. 7 de la Ley N° 27669, Ley de Trabajo de la Enfermera/o, en el cual se instituye que, este es el papel de las enfermeras, que ocupan sus propios puestos

estructurales, dirigiendo el servicio de enfermería en los distintos grados del sistema de salud; siendo compatible con el literal a) y b) del art. 9 de la Ley N° 27669, El derecho de las enfermeras a participar en puestos de dirección y gestión en paridad de circunstancias con otros expertos de la salud y análogos en centros públicos y privados y a ocupar puestos que se ajusten a las estructuras orgánicas de la enfermería,

En tanto deben:

- Contar con información: el directivo debe contar con los conocimientos acerca de cuáles son las problemáticas de seguridad.
- Delimitar una dirección: el responsable debe poder instaurar una visión y fines específicos y definidos con los miembros de la dirección.
- Originar interés: la forma en que los gerentes concentra su energía se ve reforzada en la cultura. El líder debe “predicar con el ejemplo” y manifestar con sus acciones que la seguridad es muy significativa para la empresa.
- Desarrollar capacidades: El directivo debe establecer recurso al progreso de habilidades de varias maneras, incluida las capacitaciones en seguridad y la elaboración de equipos.

Frecuencia de eventos notificados

En la actualidad se ha establecido los sistemas de notificación como una forma de aplicación y estrategia para generar el aprendizaje o quizás para evitar reincidir en errores. La forma de realizar los registros de notificaciones cumple dos criterios se puede dirigir garantizando las responsabilidades sociales, o de manera alternativa o complementaria para obtener información útil de los sistemas de registros que funcionan para acopiar datos tanto del evento adverso como del incidente y facultan el comprender el fallo que allí se identifican.

Percepción de seguridad

Varios análisis han medido las percepciones de la cultura de seguridad.

El método de seguridad todavía se define como un grupo de unidades intangibles, basados en indicadores y resultados.

Normas de Bioseguridad en salud

Definición de protocolo, en la práctica, la Bioseguridad es un protocolo que tiene la facultad de definirse como un grupo de procedimientos y criterios legales vigentes que regulan la celebración del acto oficial, y en muchos otros casos, eventos especiales, y sus usos, costumbres y tradiciones. Su finalidad es satisfacer todas las necesidades del conjunto de tareas a realizar. En términos de bioseguridad, hace referencia a la adopción de conductas preventivas (actitud y comportamiento) por parte de los empleados que trabajan en los centros de salud, cuyo objeto es aminorar el riesgo de que los profesionales se infecten en el ambiente. Establecido por varias organizaciones, incluida la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Accidente laboral

Ante cualquier tipo de accidente laboral o lesión cortante que sufra el personal sanitario en el lugar de trabajo, se debe tomar en consideración ciertos criterios para proceder de forma rápida, independiente y correcta.

NTS N°199-MINSA/2018/ DIGESA- “Norma Técnica de Salud Gestión Integral Y Manejo De Residuos Sólidos En Establecimientos De Salud, Servicios Médicos De Apoyo y Centros De Investigación”

Participa en la provisión de seguridad al paciente, personal y visitante del centro de salud público, privado e integrado (EESS), servicios de apoyo a la salud (SMA) y centros de investigación (CI) a nivel nacional para prevenir, gestionar y amenguar los

riesgos a la salud, reduciendo el efecto adverso sobre la salud pública y el medioambiente que puedan surgir, así como los problemas laborales y ambientales que puedan derivarse de una inadecuada gestión y control de los residuos sólidos producidos. Esta norma técnica sanitaria es necesaria para alcanzar los fines siguientes:

- a) Definir criterios y procesos para el control y disposición del residuo sólido generado por el EESS, SMA y CI de forma sanitaria, integrada y amigable con el medio ambiente;
- b) Establecer medidas de seguridad para el paciente, trabajadores de la salud, trabajadores de limpieza y visitante que esté expuesto al residuo peligroso que allí se puedan producir;
- c) Otorgar oportunidades para aminorar las causas del residuo sólido peligroso y no peligroso provenientes del EESS, SMA y CI y reducir su resultado negativo en la salud humana y el medioambiente.

Profesional de Salud Acreditado

Los profesionales de la salud certificados son guardianes de la calidad de la atención que reciben los peruanos, asegurando que la atención que brindan obedezca con el más alto estándar. Sinease, subraya que la certificación es entregada a aquella entidad que verifique ser competente en riguroso proceso de apreciación a cargo del profesional y organizaciones certificadoras.

El enfermero es el profesional que más ha certificado su competencia, conforme al registro de Sinease a nivel nacional. Ofrecen atención completa a los pacientes, velan por el progreso del neonato e infantes y promociona las prevenciones de padecimientos.

Enfermería y Cuidado

Según Lima F, Souza N, Freire P, Aires C, Bessa J, & De Souza A. Mencionan; que, entre el profesional involucrado en el cuidado se encuentra el equipo de

enfermería, quienes intervienen directamente en el cuidado de los individuos que emplean los servicios de salud. El enfermero está inmerso en este campo por ser un criterio profesional que representa un nivel superior de profesionales de servicio y realiza procedimientos diagnósticos directos e indirectos relacionados con la vida de los problemas de salud.

Rol de la enfermera en emergencias y desastres.

La existencia de protocolos, guías y desempeño por parte del personal de enfermería siempre que sea posible favorece que la actuación diagnóstica y terapéutica sea correcta y, por lo tanto, deben ser impulsados.

Actualmente son innumerables las situaciones de emergencias que pueden generar daños desde económicos y a la persona misma, así mismo el profesional especialista participa activamente en casos de desastres naturales o un evento adverso, generando una mayor demanda de atención de salud al aumentar la propagación de enfermedades transmitidas de individuo a individuo, en todos los ámbitos el profesional cumple un rol necesario en el cuidado.

La atención sanitaria es un área importante donde la enfermera tiene la conformidad de auxiliar al progreso de la calidad de vida de la comunidad, hacer posible el aprovechamiento de esas oportunidades consigna un desafío que la enfermera especialista asume con responsabilidad.

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativo porque las variables se pueden medir numéricamente, de nivel aplicativo y método descriptivo ya que se toman las variables que se estudian tal como se presentan en el entorno; es transversal porque se ha recibido datos en un lugar y un momento concreto. (Hernández Fernández y Baptistas, 2014)

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

La investigación se efectuó en los meses de Julio a diciembre del 2019, en los servicios de Emergencia de un hospital público, Lima.

3.3 Variables

Esta desarrollado como univariable.

3.4 Población / Muestra

3.1 Población.

La población está constituida por 80 profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de emergencia de un Hospital Público.

(Según Arispe et al. (2020), la población se conceptúa como un grupo de unidades que poseen un conjunto de características encontradas en un área determinada).

3.2 Muestra.

La muestra planteada lo conforma el total de profesionales de enfermería, por tanto, no se trabajó con muestra.

(De igual forma Hernández, Fernández y Baptista (2014), destacan que la muestra es el subconjunto de la población o universo).

Criterios de inclusión profesional

- Licenciados en enfermería de condición laboral nombrados que trabajan en los servicios de emergencia.
- Licenciados en enfermería de otra condición laboral mayor de 6 meses en el área.
- Licenciados de enfermería que deseen colaborar del análisis.

Criterio de exclusión profesional

- Otros profesionales de la salud.
- Licenciados en enfermería cuyo tiempo laboral es menor de 6 meses.
- Profesionales en enfermería que no trabajen en los servicios de emergencia.
- Profesionales de enfermería que no deseen ser parte de la investigación

3.4. Instrumentos

El instrumento que se utilizará fue validado autora Martínez Chuquitapa Vanessa, por juicio de expertos en el área de enfermería con 8 profesionales en el 2010. El valor de $p < 0,05$; en este sentido presenta concordancia y es significativo. La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la prueba Alfa de Combrach. Examinando la fiabilidad de cada una de sus dimensiones con valores >0.8 excelente, >0.7 buena, >0.6 aceptable.

ITEMS DEL INSTRUMENTO				
“Trabajo en equipo”	“Comunicación en Equipo en la cultura de seguridad del paciente”	“Dirección / Gestión en la cultura de seguridad del paciente”	“Supervisión en la cultura de seguridad del paciente”	“Resultados de la cultura de seguridad del paciente”
Preguntas: 1,2, 3, 4, ,6,7,8 .	Preguntas: 9,10,11,12,13,14,15 ,16	Preguntas: 17,18,19,20,21,22,2 3,24.	Preguntas: 25,26,27,28,29,30,3 1,32.	Preguntas: 33,34,35,36,37,38,3 9,40,41,42.

3.4.1 Fuente para obtención de datos

Contiene interrogantes planteadas de manera positiva y otras planteadas de manera negativa. Para cada interrogante se desarrolló una escala de Likert.

3.4.2 Técnica para obtención de datos

Información adquirida al desarrollar los instrumentos (Martínez Chuquitapa Vanessa). En este sentido, las respuestas a las preguntas se reorganizaron en tres categorías según el siguiente sistema:

Utilizando este sistema, se estimó la frecuencia de cada componente para cada ítem y la puntuación compuesta de cada dimensión. La estimación puntual para cada dimensión se acompaña del intervalo de confianza del 95%.

3.4.5 Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

Para el proceso de confiabilidad del cuestionario se realizó el alfa de Cronbach como método para medir la consistencia interna del instrumento. Oviedo y Campos-Arias (2005, citado en Gonzáles y Pazmiño ,2014), puntualizan que el valor de alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90, señala una consistencia interna buena. Asimismo, se realizó la prueba para el instrumento encontrándose la siguiente tabla.

$\sum V$ = sumatoria de las varianzas de los ítems

V_T = varianza de la suma de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V}{V_T} \right] = \text{fórmula de alfa de combrach}$$

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach,749

N de elementos 42

(La validez se conceptúa como el nivel en el cual un instrumento calcula efectivamente la variable que desea calcular o medir. Por otro lado, la confiabilidad hace referencia al nivel en donde la ejecución de un instrumento varias veces al mismo individuo da resultados semejantes. Hernández, Fernández y Baptista,2014).

3.6 Procedimiento

El proceso de acopio de información se realizó mediante presentación de oficios a director de institución hospitalaria, jefatura del departamento de enfermería y oficina de docencia para aplicación de instrumento a los profesionales de enfermería.

3.7 Análisis de Datos

Al finalizar la recopilación de datos, se creó un libro de códigos y se integró en la base de datos en el software estadístico SPSSv.25.

En este sentido, se desarrollaron las tablas donde se detallan resultados obtenidos que responden al problema general y específicos, los mismos que son presentados en tablas de frecuencias y porcentajes mediante gráfico de barras.

3.8 Consideraciones Éticas

Para las consideraciones éticas del presente análisis, se tuvieron en consideración la “ley del trabajo de la Enfermera”, el “Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú” y los principios desarrollados según Veritas, (2010). Menciona, debemos tener en cuenta que el grupo que estamos tratando son Licenciados de enfermería que, para este análisis son denominados sujetos de estudio, en este sentido, se consideró los principios éticos siguientes:

- Principio de Autonomía: Los profesionales de enfermería serán evaluados con un historial de lo que hacen respecto a su decisión participativa, manteniendo la confidencialidad absoluta de la información obtenida.
- Principio de Beneficencia: Estos principios incluyen no perjudicar a los enfermeros, en este sentido su integridad física o mental no fue expuesta en este análisis y los datos fueron recolectados a través de encuestas, además, se tomó el tiempo necesario para sensibilización del profesional de enfermería.
- Principio de No Maleficencia: Esto significa libertad para realizar sus propias actividades, incluida las participaciones en investigaciones.
- Principio de Justicia: Se tomó este razonamiento en la elección de los individuos sin considerar ninguna posibilidad de discriminación por sexo, raza, condición económica, estado civil, etc.

IV. Resultados

Se presentan los resultados que se utilizaron análisis descriptivos para poder reportar frecuencias y porcentajes de los resultados obtenidos para las habilidades sociales en la muestra seleccionada.

Tabla 1.

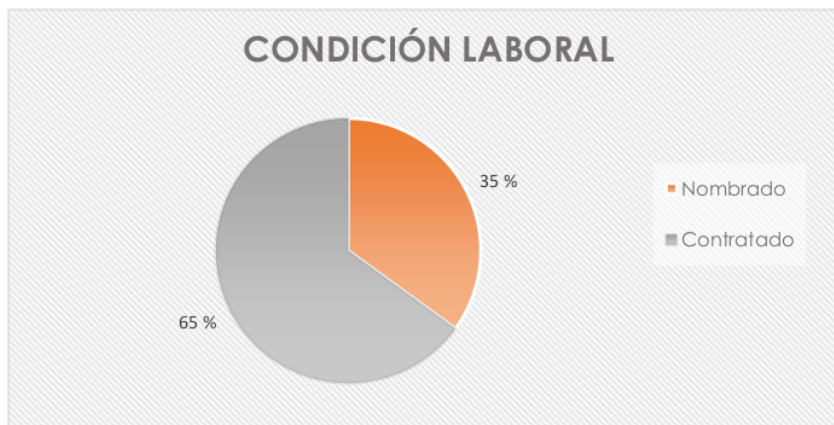
Distribución de frecuencia según condición laboral en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Público, Lima –2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Nombrado	28	35.0 %
Contratado	52	65.0 %
Total	80	100.0 %

Fuente: Data del resultado

Figura 1

Distribución de frecuencia según condición laboral en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.



Nota: El gráfico representa el total de profesionales de enfermería representa que el 35% se encuentran en condición de contratados frente a un 65% de personal en condición laboral nombrados.

Tabla 2.

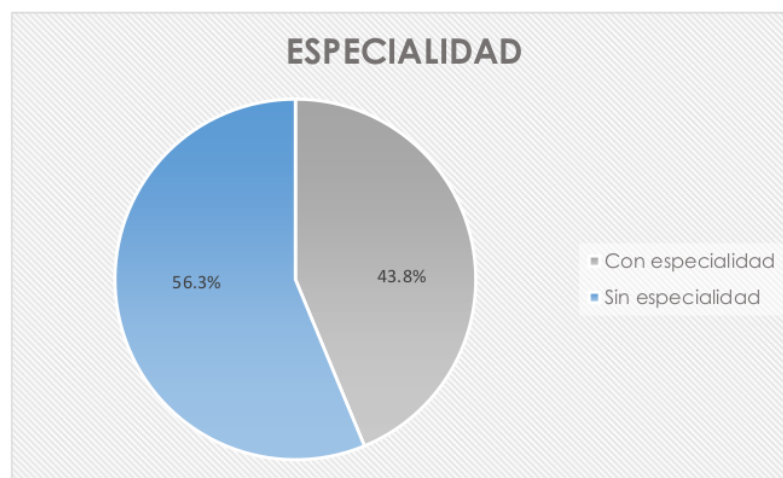
Distribución de frecuencia según especialidad en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Con especialidad	35	43.8%
Sin especialidad	45	56.3%
Total	80	100.0%

Fuente: Data del resultado

Figura 2

Distribución de frecuencia según especialidad en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.



Nota: El 43.8 % del total de los profesionales de enfermería cuentan con estudios de especialidad y el 56.3% no cuentan con especialidad.

Tabla 3

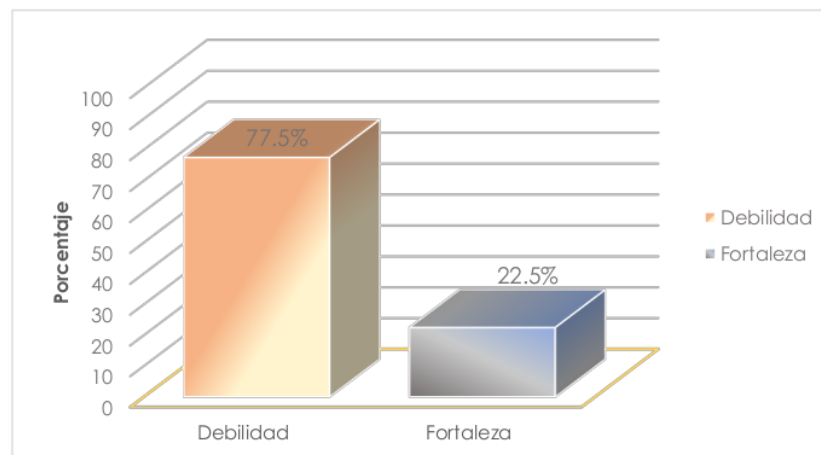
Trabajo en equipo en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería del servicio de emergencia” de Hospital Público, Lima – 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	62	77.5%
Fortaleza	18	22.5%
Total	80	100.0%

Fuente: Data del resultado.

Figura 3

Trabajo en equipo en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería del servicio de emergencia” de Hospital Público, Lima – 2019.



Nota: En la dimensión “trabajo en equipo” el 77.5% representa debilidad y el 22.5% representa a fortaleza.

Tabla 4.

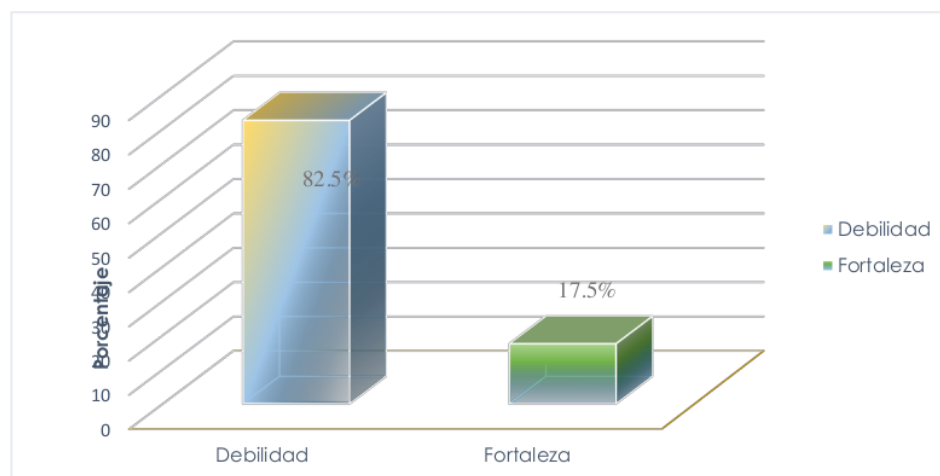
Comunicación en equipo en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	66	82.5%
Fortaleza	14	17.5%
Total	80	100.0%

Fuente: Data del resultado.

Figura 4

Comunicación en equipo en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería” de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público.



Nota: El 82.5% de la dimensión “comunicación en la cultura de seguridad” representa debilidad y el 17.5% representa fortaleza en los profesionales de enfermería.

1
Tabla 5.

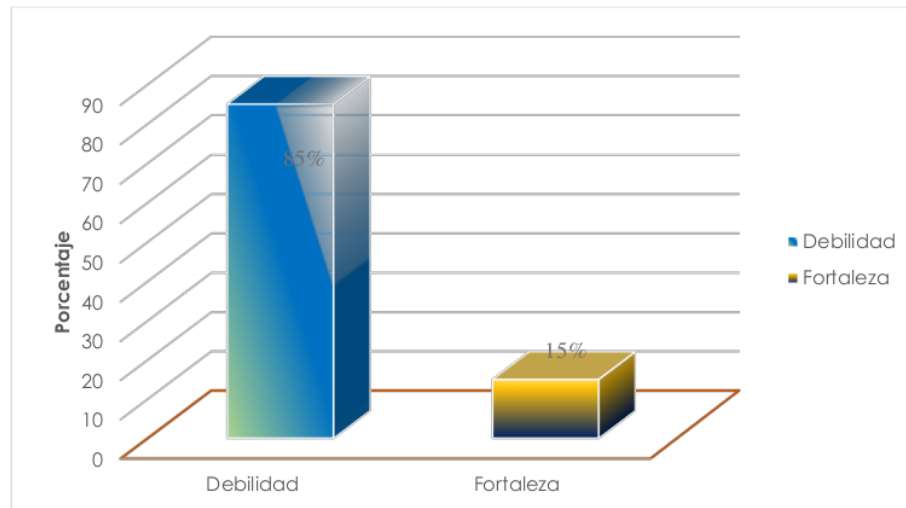
Gestión y Dirección en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019. 2

	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	68	85%
Fortaleza	12	15%
Total	80	100.0%

Fuente: Data del resultado.

Figura 5

1
Gestión y Dirección en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.



Nota: El 85% en la dimensión “Gestión y dirección en la cultura de seguridad del paciente” representa debilidad y solo el 15% representa fortaleza para los 5 profesionales de enfermería.

Tabla 6

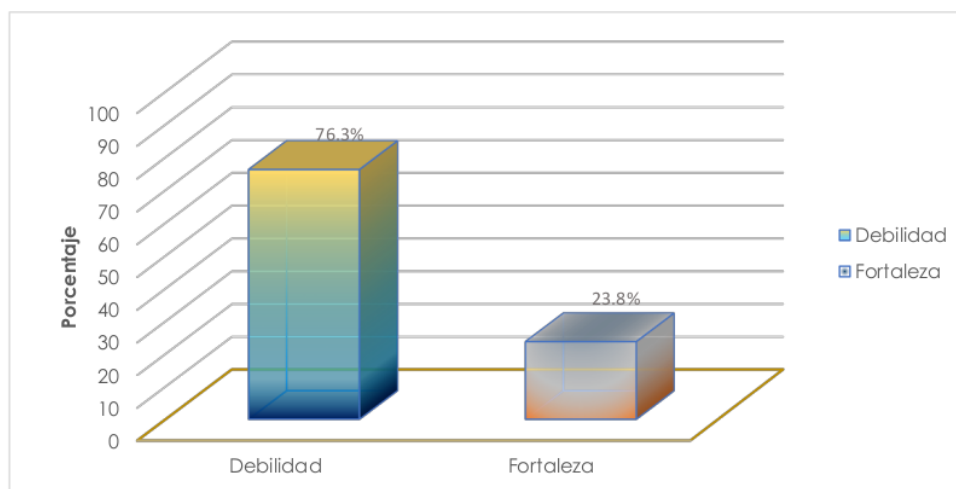
Supervisión en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	61	76.3%
Fortaleza	19	23.8%
Total	80	100.0%

Fuente: Data del resultado

Figura 6

Supervisión en la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.



Nota: Se puede visualizar que el 76.3% en la dimensión “supervisión en la cultura de seguridad del paciente” representa debilidad y el 23.8%, corresponde a fortaleza.

Tabla 7.

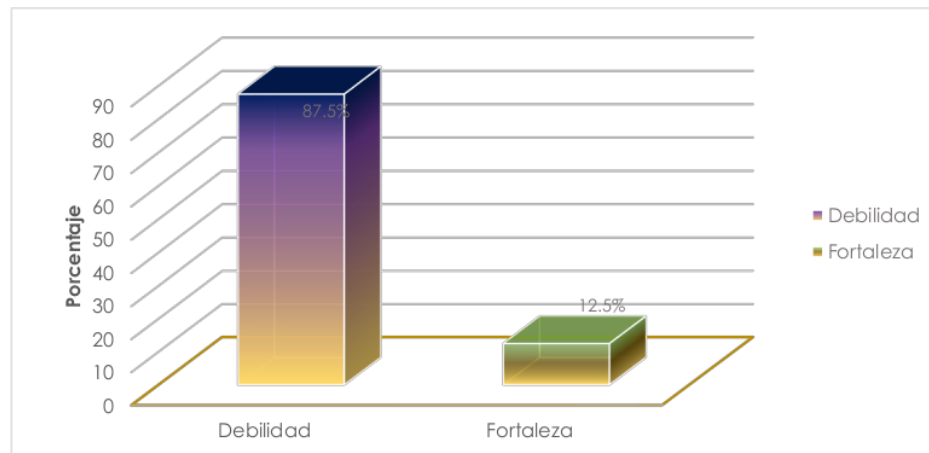
Resultados de la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Debilidad	70	87.5%
Fortaleza	10	12.5%
Total	80	100.0%

Fuente: Data del resultado.

Figura 7

Resultados de la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería de los servicios de emergencia” del Hospital Nacional Público, Lima – 2019.



Nota: En la figura podemos observar en la dimensión “resultados de la cultura de seguridad del paciente” representa el 87.5% de debilidad y el 12.5% representa fortaleza.

V. Discusión de Resultados

El presente análisis desarrolló como objetivo: “determinar el nivel de cultura sobre seguridad del paciente que utiliza el profesional de enfermería del servicio de emergencia de un Hospital Público”, así encontramos que en relación a especialistas y profesionales que laboran sin especialidad del área. Así mismo hay una diferencia entre las de condición laboral, en el cual hay un porcentaje considerable de contratados y personal de planta en el cual evidencia la condición laboral actual.

A partir de los hallazgos encontrados en relación a la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería” para la dimensión “trabajo en equipo” fue débil en un 77.5%(66 profesionales ante un 22.5%(14 enfermeras), los resultados difieren en aprendizajes organizacional, pero que son similares de Roqueta Egea Fermi, Tomás Vecina Santiago, Chanovas Borrás Manel R. en su indagación denominada “Cultura de seguridad del paciente en servicios de emergencias”, donde concluyen con respecto al diagrama de Pareto la respuesta negativa de la dimensión del trabajo en equipo, obteniendo un porcentaje alto con respuestas negativas, de ese modo pidieron comenzar a proceder esforzándose por plantear métodos específicos encaminados a analizar y estimar actividades de desarrollo más adecuados. El trabajo en equipo está supeditado de personas hondamente capacitadas con múltiples funciones y criterios que trabajan juntas en beneficio del paciente para brindar atención médica segura.

Por tanto, en concordancia al análisis de los autores mencionados sobre el presente estudio, es que en la dimensión trabajo en equipo se obtuvo una cultura débil, por lo que se necesita fortalecer y proponer tácticas que ayuden a fortalecer los criterios de cada unidad del equipo de trabajo acorde a la realidad que se pudo visualizar durante el proceso de acopio de datos.

² Con respecto a la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería” para la dimensión comunicación en equipo fue débil en un 82.5% y una cultura fuerte con el 17.5% resultados que son similares a los de Martínez Chuquitapa Vanessa en su análisis denominado “cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional dos de mayo. lima 2015” donde concluye que, además de no participar en las responsabilidades de la atención y el apoyo al paciente, la nula comunicación entre los expertos sanitarios afecta a la salud al afectar a las técnicas de organización, tomas de decisión, solución de problemáticas y desarrollo de objetivos.

Por tanto, en concordancia el análisis de los autores mencionados sobre el presente estudio, es que ² en la dimensión comunicación en equipo se obtuvo una cultura débil, porque es necesario implementar capacitaciones sobre comunicación interpersonal, y una comisión encargada del reporte del suceso adverso.

² Con respecto a la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería” para la dimensión gestión y dirección se aprecia una cultura débil en un 85. % y fuerte con el 15%, resultados similares a los de Martínez Chuquitapa Vanessa en su análisis denominado “cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional dos de mayo. lima 2015” donde concluye que es requerido la colaboración en la gestión de dirección y los dirigentes a su vez estos con los trabajadores, entorno de trabajadores enfatizando su mentalidad receptiva de seguridad que se traduce en prácticas más seguras.

La dirección y gestión son procedimientos dinámicos del origen del conocimiento que se crea en el seno de la entidad y los individuos que la complementan para cumplir con el objetivo de mejorar su actuar y dotación de recurso humano (La gestión,

prestación, desempeño y adecuación de las organizaciones de atención médica, ya sean sistemas privados, grandes o complejos).

Por lo que al visualizar similitud en la investigación dicho autor mencionado y la presente investigación se observa una similitud de respuesta la cual es ³ una cultura débil según la dimensión mencionada, por lo que se comparte la opinión de establecer prácticas de trabajo más seguras, y fortalecer el vínculo entre la gestión de la entidad sanitaria y el profesional de enfermería.

A partir ⁷ de los hallazgos encontrados en relación a la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería” según la dimensión supervisión se puntualiza una cultura fuerte con el 76.3%, mientras que el 23.80% resalta una cultura débil. El siguiente resultado es concordante a los establecidos por ¹⁵ Ore Rodríguez, María del Rosario (2010) en su análisis denominado “Seguridad en cuidado del paciente quirúrgico” donde observaron que la evaluación es un proceso continuo y dinámico, en el que las enfermeras revisan sus intervenciones para determinar si han tenido éxito, este es un requisito para profesionales calificados.

² Con respecto a la “cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería” para la dimensión resultados fue fuerte en un 87.5 %, mientras que el 12.5 % denota una cultura débil resultados que guardan similitud los de Martínez Chuquitapa Vanessa en su análisis denominado “cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo- Lima 2015” donde concluye que ¹ una “cultura de seguridad del paciente” es una cultura sólida que implica una amplia gama de procesos y estructuras que ayudan a la prevención del error y ausencias debido a problemáticas de seguridad del paciente, por lo que es significativo incluir métodos para garantizar que el personal esté consciente de la seguridad del paciente. Si su seguridad es débil, esta es una oportunidad para mejorar.

Finalmente, se ha podido observar que es necesario elevar la condición en general del profesional de enfermería implementando estrategias en el cual se fomente una cultura de seguridad, estableciendo una condición laboral adecuada, estable, asegurar un medio en el cual disponga de materiales y capacitación constante para asegurar un cuidado adecuado y oportuno a los usuarios que acuden a una institución hospitalaria en busca de una atención eficiente, libre de eventos adversos.

VI. Conclusiones

La presente investigación concluye en lo siguiente:

- 1.- La condición laboral es un factor a considerar en el progreso de la función del profesional de enfermería.
- 2.- Se observa que dentro de la población estudiada se encuentra dos grupos constituidos por: un grupo de personal profesional con especialidad y otro del personal profesional sin especialidad.
- 3.- Se evidencia que existe un porcentaje de profesionales de enfermería que representa porcentajes de debilidad hacia ¹la “cultura de seguridad del paciente”.
- 4.- Se halló que hay un mayor porcentaje de enfermeras que no participa del trabajo de equipo.
- 5.- Existe profesionales de enfermería que poseen debilidad en la dimensión “comunicación en equipo en la cultura de seguridad del paciente”.
- 6.- Existe una población de enfermeras que en mayor porcentaje padecen debilidad ¹en la supervisión de la “cultura de seguridad del paciente”.
- 7.- Se encontró que en su mayoría ⁴los profesionales de enfermería cuentan con debilidad en la dimensión “dirección de la cultura de seguridad del paciente” frente a un menor porcentaje que representa su fortaleza ¹en la “cultura de seguridad del paciente”.

VII. Recomendaciones

- 1.- Se sugiere solicitar a las autoridades un mayor presupuesto para instituciones públicas para que los profesionales de la salud mejoren su condición laboral sientan mayor estabilidad mejore su desempeño profesional.
- 2.- Concientizar el beneficio personal e institucional de los profesionales de la salud a continuar con estudios de especialidad, facilidades en cuanto a horario, promociones de becas integrales, etc. ya que el nivel de especialista favorece el nivel y estatus del profesional e institución.
- 3.- Favorecer la amplitud de conocimientos mediante cursos de actualización, pasantías, congresos para fortalecer una adecuada cultura de seguridad actualizada en el cuidado del paciente.
- 4.- Fomentar la importancia del trabajo en equipo, planteado con objetivo desarrollado por un mismo resultado entre el personal de enfermería, fomentar cambios, valorar autoestima, incluso conocer y evitar rivalidades dentro del equipo.
- 5.- Una comunicación adecuada permite mejorar la productividad y asegura un ambiente laboral adecuado, podría mejorar, estableciendo procesos dinámicos de comunicación asertivas, reuniones periódicas, saber escuchar, estructuradas para superar barreras.
- 6.- La supervisión de enfermería debe transmitir salud, energía, potencial liderazgo, excelentes relaciones, capacidad de enseñar, habilidad para resolver problemas.
- 7.- Establecer estrategias de seguridad del paciente, correcta identificación del usuario y del personal, conocer y aplicar las normas de bioseguridad, valorar antecedentes, identificar los riesgos de caídas y tomar acciones pertinentes (colocar dispositivos de peligro)

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL EMFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO, LIMA-2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.ucm.edu.co Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1%

9	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
11	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	1library.co Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad de Guadalajara Trabajo del estudiante	<1 %
14	www.infobaeprofesional.com Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1 %
16	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias Apagado

Excluir bibliografía

Activo