



UNIVERSIDAD DEL BIO-BIO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN USUARIA DE LA SEGURIDAD HOSPITALARIA EN USUARIOS
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL
HOSPITAL DE SAN CARLOS, 2012.**

AUTORES:

Jara Núñez Akito Veruska

Molina Fernández Loreto del Pilar

Sepúlveda Espinoza Varinia Violeta

Venegas Norambuena Claudia Alejandra

DOCENTE GUÍA:

M.G. E.U. Hermosilla Ávila Alicia Elizabeth

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN – CHILE**

2012

AGRADECIMIENTOS

A nuestra docente guía, Sra. Alicia Elizabeth Hermosilla Ávila por la gran confianza depositada en nosotras, por la colaboración en la realización de nuestro estudio y por el apoyo brindado, incluso en los momentos más adversos.

Al Sr. Moisés Retamal Vejar Director del Hospital de San Carlos por aprobar la realización de ésta investigación en dicho centro asistencial.

A la Sra. Soledad Landeros Aravena Subdirectora de Enfermería del Hospital de San Carlos, por acogernos permitiendo así la realización de este estudio.

A los profesionales de Enfermería de los Servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, por abrirnos las puertas de sus servicios permitiendo la realización de este estudio.

A todo el personal que trabaja en los Servicios de Cirugía y Medicina Hospital de San Carlos por acogernos y facilitarnos el acceso a los usuarios.

A todos los usuarios de los Servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, que hicieron posible este estudio.

A todas aquellas personas y docentes que de una u otra forma colaboraron con el desarrollo de nuestra tesis.

A nuestras familias por el apoyo y comprensión entregados en aquellos momentos de dificultad durante los meses en que se llevó a cabo esta investigación.

Al Sr. Miguel Ángel López Espinoza por su paciencia y colaboración, en aquellos momentos desfavorables que surgieron en la realización de este estudio.

A la Sra. Carmen Gloria Molina y la Sra. Carolina Luengo por su orientación y preocupación durante la realización del presente estudio.

DEDICATORIAS

A mi familia por haberme dado el apoyo suficiente para seguir en este difícil camino, a mis amigas de infancia por su preocupación y apoyo incondicional. A mi abuelo por ser mi ejemplo a seguir durante todo este proceso. Y san Sebastián de Yumbel.

Akito Jara Nuñez.

A mis padres quienes son el pilar fundamental de mi vida, quienes me brindaron el amor, la confianza y la fuerza para creer que nada es imposible. A mis tres amigas de tesis, ya que junto a ellas comencé a recorrer este camino y que ahora podemos decir que se está cumpliendo lo que al comienzo fue muy difícil. Y a Dios por guiar nuestro camino.

Loreto Molina Fernández

A mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado en este camino, a mi madre por su amor y dedicación, a mi padre por su ejemplo de perseverancia y constancia, a mis hermanos, amigos, a todos quienes creyeron en mi, especialmente a mi tía Fresia, a la cual debo el mejor legado que tengo, mi educación.

Varinia Sepúlveda Espinoza.

A Dios por darme las herramientas y potencialidades necesarias y a mi Familia por el apoyo, enseñanzas y valores que me permiten llegar en donde me encuentro hoy.

Claudia Venegas Norambuena.

RESUMEN

La seguridad del paciente se ha tornado una preocupación central para el sistema de salud en todo el mundo y para sus profesionales, siendo los enfermeros un eslabón muy importante en la mejora de la seguridad del usuario y la forma en que estos la perciben. El presente estudio “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del hospital de San Carlos, 2012”, tiene como objetivo identificar la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en los Servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012. Con el fin de determinar si los usuarios tienen una regular percepción de la seguridad hospitalaria o si tienen una buena percepción en cuanto a la información entregada por los profesionales de la salud. Apoyado en la teoría propuesta por Faye Glenn Abdellah, que abarca el enfoque de los problemas de enfermería a través de los “21 problemas de enfermería”.

Para lo cual se desarrolló una investigación con diseño descriptivo, no experimental y de corte transversal, en 73 usuarios hospitalizados en los Servicios de Cirugía y Medicina seleccionados aleatoriamente, los cuales fueron sometidos a una hoja de recolección de los antecedentes socio demográficos del usuario, y al cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes, desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en el año 2010.

Para la clasificación de la percepción de los usuarios respecto a la seguridad hospitalaria se utilizó la mediana ($51,00 \pm 6,00$) como punto de corte para clasificarla. Los resultados obtenidos demuestran que el 98,61% tuvieron una percepción “Buena” y el 1,39% tuvo una “Mala” percepción de la seguridad hospitalaria. Además se observa que la mayoría de los usuarios no presentó quejas, reclamos, ni demandas en la seguridad de sus cuidados, destacando la correcta información entregado respecto a sus medicamentos, y que en la toma de decisiones del tratamiento de su enfermedad prácticamente la mitad de los pacientes refirieron participación nula en el proceso, faltando a su autonomía de elegir. De este modo la percepción de seguridad de los usuarios se describe en general como buena en el contexto de la seguridad, entorno, información, comunicación y aspectos generales del proceso de su atención.

Palabras claves: Percepción del paciente, seguridad del paciente, profesional de enfermería.

ABSTRACT

Patient safety has become a central concern for the health system worldwide and their professional nurses to be a very important link in improving user safety and how these perceived. This study "user perception of security hospital inpatients in the surgical and medical services of the hospital in San Carlos, 2012," aims to identify the user perception of hospital safety in Surgery and Medicine Services Hospital San Carlos, 2012. In order to determine whether users have a regular perception of hospital safety or have a good insight as to the information given by health professionals. Leaning on the theory proposed by Faye Glenn Abdellah, covering the approach to the problems of nursing through the "21 nursing problems."

Which was developed for research with descriptive, not experimental, cross sectional, 73 inpatients in Surgery and Medicine Services randomly selected, which were submitted to a collection sheet sociodemographic background of the user, and the questionnaire on the perception of patient safety developed by the Ministry of Health and Social Policy of Spain in 2010.

For the classification of the perception of users regarding security hospital used the median (51.00 ± 6.00) as the cutoff point to classify. The results show that 98.61% had a perception "Good" and 1.39% had a "bad" perception of hospital safety. It also notes that most users do not file complaints, claims, or demands on the safety of your care, noting the correct information about your medications delivered, and in making treatment decisions of their disease almost half of patients reported no participation in the process, missing its autonomy to choose.

Thus the perceived safety of users is generally described as good in the context of security, environment, information, communication and general aspects of the process of care.

Keywords: Perception of the patient, patient safety, nurse.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Presentación y Fundamentación del Problema.....	4
1.2. Importancia para la profesión.....	10
1.3. Problema y Problematicación.....	14
1.3.1. Problema.....	14
1.3.2. Problematicación.....	14
1.4. Antecedentes Teóricos y Empíricos.....	17
1.4.1. Marco Teórico.....	17
1.4.2. Marco Empírico.....	30
1.5. Propósito de la Investigación.....	36
1.6. Objetivos Generales y Específicos.....	36
1.7. Hipótesis.....	39
1.8. Listado de Variables.....	40
2. Metodología de la Investigación.....	42
2.1. Tipo de Diseño.....	42
2.2. Universo.....	42
2.3. Muestra.....	42
2.4. Unidad de análisis.....	42
2.5. Criterios de elegibilidad.....	43
2.6. Aspectos éticos.....	43
2.7. Procedimiento para la recolección de datos.....	44
2.8. Descripción del Instrumento Recolector.....	44
2.9. Prueba Piloto.....	46
2.10. Procesamiento de datos.....	46
3. Análisis.....	48
3.1. Resultados.....	48
3.2. Discusión de los Resultados.....	69
4. Conclusiones, sugerencias y limitaciones.....	77
4.1. Conclusiones.....	77
4.2. Sugerencias.....	78
4.3. Limitaciones.....	79
5. Bibliografía.....	80
6. Anexos	
1. Definición nominal y operacional de variables.	
2. Carta de Autorización.	
3. Consentimiento Informado.	
4. Flujograma de Recolección de Datos.	
5. Escala de Glasgow	
6. Hoja de Recolección de Antecedentes Sociodemográficos del usuario.	
7. Cuestionario sobre la Percepción de Seguridad de los Pacientes.	
8. Clasificación de los Porcentajes de Percepción de Seguridad.	

I.- INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud adquieren como misión otorgar cuidados a la población y así como los establecimientos de salud, deben instaurar estrategias que permitan una evaluación permanente de las condiciones en las cuales se proporciona cuidados de calidad a los usuarios en resguardo de la calidad y bienestar general.

Desde sus inicios en 1860 por Florence Nightingale, la enfermería como disciplina profesional viene buscando la consolidación de su saber en las últimas décadas la enfermería se orienta en cuatro aspectos fundamentales, el cuidado, la persona, el entorno y la salud. El enfoque de enfermería como ciencia hace años está claramente definida, pero es emergente la trascendencia de los conceptos de cuidado y salud ⁽¹⁾.

Como profesión encargada de la gestión del cuidado, durante la segunda mitad del siglo pasado, profundiza sus conocimientos, transponiendo los límites científicos de la prestación de servicios, siendo reconocida en forma paulatina en la comunidad científica como una profesión dedicada al cuidado del otro, aprendiendo el significado del cuidar y el cuidado en todas las áreas de ejercicio del rol de enfermería ⁽¹⁾.

De este modo, a nivel mundial, el cuidado de las personas se ha desarrollado como el fenómeno central de la disciplina de enfermería. En Chile, el rol del profesional en el contexto sanitario es ser el responsable de la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, prevención y restauración de enfermedades o lesiones, estableciéndolo en el artículo 113 del Código Sanitario, promulgado el 16 de diciembre de 1997, en Santiago de Chile ⁽²⁾.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, para Jean Watson, el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. El profesional de enfermería está destinado a ayudar al usuario para aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, y generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el

cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos ⁽³⁾. Bajo este contexto, dentro del rol de enfermería, en la profundización del conocimiento e interés por los significados del otro, es de vital importancia lo que se entiende como percepción, ya que es esta la que nos dirige la medida de cómo recibimos y sentimos, pudiendo profundizar en los significados del usuario respecto a su situación de salud. Entendiéndose como percepción del cuidado de enfermería, al “Proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener consciencia de lo que le rodea, en la relación enfermera-ser cuidado, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar al otro”, y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora”⁽⁴⁾.

De este modo, se comprende al usuario como personaje principal en los escenarios de la prestación de servicio, es a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia para satisfacer sus expectativas. Por lo tanto es el usuario quien determina el nivel de excelencia de una institución. La percepción del usuario es muy importante, porque es el reflejo de la dedicación y calidad otorgada en los servicios de salud, y de los profesionales involucrados a este, siendo los usuarios más satisfechos, aquellos que cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud, en forma confiada y segura ⁽⁵⁾.

En cuanto a la seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios, de tal forma que la Organización Mundial de Salud (OMS) creó el proyecto de Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo fundamental es prevenir daños a los pacientes. Obteniendo por medio de la seguridad del cuidado de la salud la reducción de enfermedades y daños, disminución en las implicancias del tratamiento y/o el tiempo de hospitalización, mantención o mejoría del status funcional del paciente, logrando finalmente aumentar la sensación de bienestar y calidad de vida ⁽⁵⁾.

En base a todo esto, el objetivo de esta investigación es conocer la percepción de seguridad de los usuarios, éstos son una fuente de información fundamental para conocer si se implementaron de forma correcta las medidas de seguridad, además de contribuir en el proceso de la gestión sanitaria ⁽⁶⁾.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El interés por medir la calidad percibida en la atención de salud desde los usuarios va cada día más en aumento. Este concepto adquiere nuevas definiciones en la actualidad y se observa que en países desarrollados el punto de vista de los pacientes respecto de este tema, ha contribuido en los procesos de la gestión sanitaria actuando en concordancia con un modelo de calidad total. La preocupación de la calidad asistencial va más allá de las exigencias propias del prestador de salud en relación a cumplimientos de estándares de calidad, porque el paciente evalúa la calidad de la atención de salud, no sólo valorando el resultado final, sino también en función de sus necesidades, expectativas y experiencias ⁽⁶⁾.

La Seguridad del paciente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria” ⁽⁷⁾.

La OMS en su constitución afirma “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tienen en cuenta la percepción y satisfacción del paciente” ⁽⁸⁾.

En consideración a la calidad de atención, esta debe cumplir con ciertos estándares que certifiquen una atención en base a objetivos claros respecto a la situación de salud del paciente, propendiendo amparar el bienestar del usuario y su seguridad.

Entendiendo por seguridad del paciente, según las normas OHSAS de Seguridad y Salud laboral, "el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, ideados para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias"⁽⁹⁾ logrando que la calidad del cuidado incorpore la perspectiva del usuario junto a su pluridimensionalidad, es decir, la conjunción perfecta de su dimensión biológica, psicológica, social y espiritual.

En Chile el Ministerio de Salud de acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005 tiene como función establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los

prestadores institucionales de salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Dichos estándares serán iguales para el sector público y el privado ⁽¹⁰⁾.

A su vez el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de Chile, tiene como misión desplegar las políticas nacionales de calidad y seguridad del paciente en el sector salud, facilitando el desarrollo de competencias, planes y programas en las diferentes organizaciones de salud de manera permanente, con la finalidad de otorgar prestaciones de salud con calidad y seguridad a la población chilena ⁽¹¹⁾.

Progresando en ese afán por mejorar la seguridad del paciente se han realizado diversos estudios internacionales, principalmente en España y Colombia, con el objetivo de desarrollar estrategias que dieran lugar a una mejora significativa en la calidad de los servicios otorgados a los usuarios, además de hacer un llamado a los profesionales de salud para elaborar cuidados sanitarios más seguros para los pacientes ⁽¹²⁾.

En investigaciones mundiales se ha podido evaluar la incidencia de eventos adversos (EA) en usuarios en distintos contextos de salud, entendiendo evento adverso como un “daño causado por el manejo médico más que por la enfermedad de base, el cual prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante esta, involucrándose en el manejo médico el cuidado proporcionado por el profesional en enfermería” ⁽¹³⁾.

L. C. Romero Ameri, en el estudio Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, Perú en el año 2008, pone en manifiesto que la percepción de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es medianamente desfavorable (56.67%), lo cual se debe a que el paciente manifiesta que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, despreocupación frente a sus necesidades, poca amabilidad al atenderlo, despreocupación frente a la invasión de la privacidad, falta de cortesía ya que las enfermeras no lo saludan, no se presentan, no los llaman por su nombre,

entre otras. Dentro de las percepciones usuarias, la dimensión interpersonal, es decir el trato diferenciado usuario y profesional de enfermería, es la más inadvertida, más aún cuando se trata de proporcionar información al paciente, este manifiesta que el profesional de enfermería usa términos complicados cuando les hace una pregunta, no presta atención a sus llamados, no lo saluda, se muestra poco amable y no lo escucha cuando desea expresar sus temores, siendo destacable en la calidad de atención del profesional de enfermería el trato cordial a los familiares. Asimismo, la percepción del usuario en cuanto al entorno, su perspectiva es dividida, pues algunos casos refieren que la enfermera muestra despreocupación ante el ambiente de la unidad, así como por los ruidos, la invasión de su privacidad y el desinterés por su alimentación, mientras que otros aprecian la preocupación por una buena iluminación y ventilación del ambiente⁽¹⁴⁾.

Bajo el contexto latinoamericano, Colombia ha sido pionero en el desarrollo de conductas de protección y promoción de la seguridad del paciente, primero desmitificando el término de errores médicos, pues 18 de cada 100 personas atendidas en hospitales son víctimas de errores médicos, declaración que desató gran polémica por la utilización de la palabra “error médico” en vez de “evento adverso”, ya que los errores no siempre son de los médicos sino también del sistema mismo de prestación de servicios de salud. Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría acreditación y sistema de información para la calidad), la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25). La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud. Colombia desarrolló con México, Costa Rica, Perú y Argentina en el año 2006 el proyecto IBEAS, para conocer la prevalencia de eventos adversos en hospitales, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y de fácil aplicación, y capacitar grupos de evaluadores. El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la “cultura

del reporte” pero infortunadamente, en Colombia la negación y el encubrimiento siguen siendo comunes, la conciencia de sistemas es limitada y la capacidad de rediseñarlos es todavía limitada, y los cuidados a la salud son dinámicos y cambian constantemente con medicamentos, tecnologías y enfermedades crónicas ⁽¹⁵⁾.

Nuestro país debe generar cultura de seguridad del paciente, no solo basado en la experiencia internacional sino que adaptándose a las necesidades de los usuarios con enfoque individual para desarrollar cuidados de calidad, logrando un vínculo transpersonal de confianza mutua entre paciente y el profesional de enfermería, mejorando su seguridad no sólo como una obligación moral, sino que además contribuyendo a rescatar la autonomía profesional y evitar condenas por responsabilidad civil ⁽¹⁴⁾.

Las investigaciones sobre seguridad del paciente ayudan a los profesionales de la atención sanitaria y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Así éstas aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria, la estimación del número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención sanitaria, la identificación de los eventos adversos registrados son esenciales para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Con el objetivo de identificar los principales problemas y conocer las causas que favorecen los eventos adversos que han perjudicado a los pacientes, se han buscado soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura, además de evaluar el impacto y la eficacia de las soluciones aplicadas en un entorno real, los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad ⁽¹⁶⁾.

La no intervención en la seguridad del paciente y la escasa aplicación de estrategias, trae como consecuencia la pérdida de vidas o de la calidad de las mismas provocada por efectos adversos, la tasa de éstos a nivel mundial, se estima entre un 4% y un 17% de las hospitalizaciones, de los cuales alrededor del 50% serían prevenibles. Anualmente mueren en el mundo 44.000 a 98.000 personas en los hospitales como

resultado de eventos adversos, a lo que se asocia un costo entre US\$ 17 y 29 billones por año. Junto al costo económico que ello conlleva, se produce un deterioro en la confianza de las personas, de la sociedad y un deterioro de la seguridad y satisfacción de los pacientes. Por otro lado está el gran deterioro de la imagen, tanto de los profesionales como de la institución. La realidad es que los errores médicos y otros efectos adversos sobre la salud son factores que inciden de forma importante en la carga mundial de enfermedad y muerte de los pacientes ⁽¹⁷⁾.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo, incluso aquellos donde se han realizado progresos, la infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema.

El énfasis en el fomento de la investigación es uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria, así como la colaboración en la aplicación de medidas basadas en la evidencia de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria, reducir los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada, para esto, se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos ya disponibles para respaldar y mejorar la seguridad de la atención ⁽¹⁸⁾.

El presente documento “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados de los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012”, resulta interesante, puesto que se realizará una investigación abordando el presente problema bajo un enfoque descriptivo, de corte transversal cuantitativo, con el fin de determinar la percepción de la seguridad usuaria con aspectos propios de esta como lo son la comunicación, entrega de información, entorno, seguridad y aspectos generales, para evaluar la congruencia de las dimensiones con la percepción final del usuario, complementando además esta información con los aspectos socio demográficos relevantes de los sujetos, como el sexo, la edad, la previsión de salud, la zona de residencia, el estado civil y nivel educacional. Los cuales serán evaluados por el propio usuario a través de la aplicación de un cuestionario, previamente validado en España, y condicionándola al

contexto local por medio de una encuesta a nivel local primeramente a familiares de los usuarios hospitalizados en la comuna de San Carlos, de nuestro país.

IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud, que incluye dentro de las prestaciones, los cuidados de enfermería ⁽¹⁵⁾.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere de 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, incluidas la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano, haciéndose necesario profundizar en el saber, respecto a la seguridad, pero desde todas las perspectivas, tanto del equipo de salud como el usuario y su familia ⁽¹⁹⁾.

A pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema, es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, e insuficiencia de un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones; situación que pone entre dicho la efectividad en la implementación de las diferentes normas, que se han promulgado, en resguardo a la seguridad del usuario ⁽¹⁵⁾.

La poca profundización de la información sobre las condiciones y garantías de la seguridad del paciente, afecta a todos los actores del sistema. De manera especial al paciente y su familia disminuyendo su calidad de vida por los eventos adversos de los que son víctimas potenciales y las instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud porque al no existir lineamientos claros sobre las guías de identificación y manejo de

eventos, se ven obligadas a asumir sobrecostos por las atenciones, se altera la relación equipo médico tratante y paciente, deteriorando la imagen institucional perdiendo la confianza de la comunidad en el sistema.

La seguridad del usuario constituye una de las principales bases dentro del cuidado asistencial, donde el profesional de enfermería tiene un rol fundamental, existiendo una preocupación creciente en la implementación de las medidas de seguridad. En Chile, el código sanitario en su artículo N° 113 es quien define la profesión de enfermería, señalándola como “responsable de la gestión del cuidado”. Esto le da un sin número de deberes a esta profesión entre las que se encuentra la seguridad del usuario ⁽²⁰⁾.

El Código de ética de los Enfermeros lleva en consideración las necesidades de la población y los derechos al cuidado de enfermería que es enfocado en la persona, familia y colectividad, y asume que los enfermeros, en conjunto con los usuarios, defienden el cuidado a la salud, libre de riesgos prevenibles y daños, y accesible a toda la población. La mejoría de la seguridad del cuidado, reduce las enfermedades y daños, disminuye el tratamiento y/o el tiempo de hospitalización, mejora o mantiene el status funcional del paciente, y aumenta su sensación de bienestar. Entre tanto, inclusive con las iniciativas de las instituciones y de los representantes mundiales, no existe la evidencia suficiente sobre el mejor camino para alcanzar la seguridad en los complejos sistemas de salud. En el contexto hospitalario, muchos factores pueden provocar daños en los pacientes ⁽²¹⁾.

El ambiente del usuario hospitalizado contempla muchos factores físicos, psicológicos, y culturales, entre otros, que influyen o afectan la sobrevivencia. Una vez que los profesionales son responsables por la planificación e intervención apropiada con la finalidad de mantener un ambiente seguro, es vital el desarrollo de investigaciones en enfermería sobre seguridad del usuario.

Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. El reto del profesional de enfermería es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la práctica, la investigación y la formación. El desarrollo científico de la práctica de enfermería se sustenta en teorías y modelos. Se ha

podido constatar que algunos de sus enfoques se basan fundamentalmente en la importancia de la ayuda que el profesional presta para la protección de la salud y acciones para el mantenimiento y recuperación de esta. Bajo la responsabilidad del personal de enfermería está la realización de acciones para el cumplimiento de los procesos terapéuticos, todo ello a partir en primer lugar de la identificación de los pacientes, la notificación de cambios del estado de salud, la detección oportuna de complicaciones y el registro de todos éstos en la historia clínica, todas estas acciones se realizarán con la calidad y científicidad que se requiere. Es por ello que la presencia de algunos de los aspectos enunciados anteriormente puede contribuir de manera negativa a la seguridad del paciente ⁽²²⁾.

Es un deber ético del personal de enfermería alertar a las instancias pertinentes acerca de las situaciones de estructura, proceso o resultado que vulneren la seguridad de los pacientes, no sólo por su deber de cuidado con éstos y sus familias, sino por las responsabilidades éticas y legales que se generan del ejercicio profesional en el caso del evento adverso prevenible. Por tal motivo se necesita de responsabilidad en el momento de la realización de procedimientos o de su delegación acorde con la experticia o nivel de formación, así como estar pendiente de los signos de alarma para su inmediato reporte ⁽²³⁾.

La seguridad del usuario surge como pilar fundamental en todas las estrategias sanitarias que inicien programas de desarrollo y gestión de la calidad. La atención sanitaria debe ser considerada una actividad compleja, que suponen una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones de los profesionales. Si bien los cuidados en salud constituyen un beneficio para las personas también constituyen un riesgo, muchas veces prevenible y con la posibilidad de disminuir su impacto final ⁽²⁴⁾.

Dentro de los programas de garantía de calidad, la seguridad del usuario no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud, sino, una responsabilidad del profesional de enfermería implícita en el acto del cuidado. Se debe tener profesionales que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo. Estas constituyen una gran relevancia para la profesión, porque es responsabilidad del profesional de enfermería la seguridad e integridad del usuario ⁽²⁵⁾.

En el contexto hospitalario, muchos factores pueden provocar daños en los usuarios. La seguridad del usuario se ha tornado una preocupación central para el sistema de salud en todo el mundo, desde la década del 90. Desde entonces se han estado creando protocolos y alianzas para mantener la seguridad del usuario tanto a nivel nacional como internacional, generando gran impacto en la atención del usuario, pero aun así, siguen existiendo vacíos en la atención que se entrega y esta es percibida por el receptor de los cuidados ⁽²⁶⁾.

Los usuarios son la fuente de información fundamental para conocer si se han implementado de forma correcta las medidas de seguridad. Por esto es de vital importancia que se conozca la percepción que los usuarios tienen acerca del rol que desempeñan los profesionales y principalmente el rol de enfermería y relacionarlas primordialmente con carencias y fortalezas de la profesión para lograr un mejor desempeño, y la aproximación de intervenciones en pro de la seguridad que involucren y reconozcan la pluridimensionalidad del paciente al momento de tomar decisiones respectivas a su situación de salud.

1.2. PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMA

¿Cuál es la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos?

PROBLEMATIZACION

- ¿Cuál es la percepción general del usuario hospitalizado sobre la seguridad hospitalaria?
- ¿Cuál es la edad promedio de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina?
- ¿Cuál es el sexo predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina?
- ¿Cuál es el estado civil predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina?
- ¿Cuál es el nivel educacional promedio de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina?
- ¿Cuál es la previsión de salud predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina?
- ¿Cuál es la zona de residencia predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto a la comunicación y entrega de información de los profesionales de la salud?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de las normas del recinto al ingreso del establecimiento hospitalario?

- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto al trato y comunicación asertiva en la relación usuario-profesional?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de su participación en la toma de decisiones de su tratamiento?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto a la información entregada sobre su tratamiento?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de la información entregada al firmar un consentimiento informado?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de la información entregada sobre los cuidados que debe tener posterior al alta?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto del entorno del recinto hospitalario?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario respecto a la accesibilidad física dentro del recinto durante su hospitalización?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario respecto a la infraestructura general del recinto hospitalario?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario respecto del transporte sanitario?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de la seguridad otorgada en atención?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de los cuidados entregados por los profesionales de enfermería?
 - ¿Cuál es la frecuencia de caídas o golpes de los usuarios encuestados?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario sobre las medidas preventivas otorgadas para una eventual caída o golpe?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto del proceso de atención?
 - ¿Cuál es la percepción del usuario respecto de la suspensión de pruebas diagnósticas?

- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto la suspensión de intervenciones quirúrgicas?
- ¿Cuál es la percepción del usuario respecto del derecho de formular reclamos?
- ¿Cuál es la calificación del dolor según la percepción del usuario?
- ¿Cuál es la calificación de la seguridad según la percepción del usuario?
- ¿Existe congruencia entre las preguntas del cuestionario de percepción y el resultado final de percepción usuaria de seguridad?

1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.

MARCO TEORICO

En relación a tomar al paciente como ser humano diverso, nace la escuela del caring que propone una visión humanista y científico, considerando aspectos del ser humano como la espiritualidad y la cultura. Los trabajos de Carl Rogers, en concordancia a la teoría humanística, inspiran e influyen la visión de esta escuela en la que la relación transpersonal se impregna de coherencia, empatía y calor humano. Según esta perspectiva, el objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. La enfermera/o percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello de forma que le permita exteriorizar sus sentimientos ⁽²⁷⁾.

Los cuidados de enfermería se enfocan hacia una relación intersubjetiva que tiene como fin ayudar a la persona a vivir en armonía entre su cuerpo, alma y espíritu. Los cuidados se inician cuando la enfermera/o se introduce en el campo fenomenológico de la persona y llega a comprender lo que vive y siente en cuanto a su situación de salud, de manera que la enfermera/o pueda exteriorizar aquellos sentimientos y pensamientos de la persona, comprendiéndolos y aceptándolos, guiando al usuarios en intervenciones que faciliten su bienestar. Una de las representantes que reflejan la orientación de esta escuela son: Jean Watson con su filosofía y ciencia del cuidado humano y Madeleine Leininger con su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales ⁽²⁸⁾.

El profesional de enfermería dentro de su cuidado considera al ser humano en sus distintas dimensiones biológica, social, psicológica y espiritual ⁽²⁹⁾, este cuidado entendido como ayudar al otro en su crecimiento y realización, en la comprensión de sus cambios fisiológicos normales y en la satisfacción de las necesidades humanas, a través de una relación transpersonal que conlleva a la responsabilidad e involucramiento con la persona, con intervenciones que buscan comprender el significado que la persona otorga a su situación de salud, y de los aspectos positivos y negativos consiguientes a esta situación, con el propósito mejorar su comprensión.

Para entender este significado se hace imprescindible mejorar las intervenciones, para lo cual se debe conocer o profundizar el contexto completo que involucra cada situación de salud en el usuario, más aún en aquellas intervenciones que nos acerquen a él, bajo la mirada de una enfermería más holística, fomentando la comunicación y la expresión de su percepción personal referente a las situaciones que está viviendo. Así, dicha manera de valorar al paciente permitirá intervenir con maneras más acotadas a lo que el paciente necesita y su entorno debe resguardar, perfeccionando las herramientas protectoras de su salud con el fundamento del conocimiento como profesionales científicos y clínicos, basados en el respeto a la humanidad y la moral, aspectos del cuidado que más allá de entregar una atención, conectan el cuidado humanizado y transpersonal ⁽³⁰⁾.

Los puntos de vista de Watson referentes a la vida, muerte, cambio, salud, curación, cuidado, integridad, dolor, sufrimiento, etc. aumentan el compromiso con el rol de enfermería y su misión, como pacto ético con la sociedad en el mantenimiento del cuidado humano, en honor a la vida a la experiencia del yo y el otro, en busca de la trascendencia y preservación de la humanidad, ayudando a sostener la dignidad humana, la unidad del ser, el mantener al otro en su totalidad. Para lo cual enfermería debe hacer explícito el pacto con las personas con conocimientos, valores, ética, prácticas de expertos en el cuidado, la curación, la salud, la vida y los fenómenos de la experiencia humana ⁽³¹⁾.

Dentro de los principios fundamentales de la atención al paciente y la gestión de la calidad, está el resguardo de la seguridad usuaria, la gestión del riesgo, sanidad del entorno con la inclusión de la protección total del usuario en su diversidad, haciéndose necesario profundizar en el saber, respecto todo lo que lo involucra y en el entendimiento de sus significados y percepciones.

Las percepciones de los pacientes son cada vez más utilizadas para medir la calidad de la atención en una diversidad de opciones de entrega de atención de salud ⁽³²⁾.

Las percepciones de las enfermeras/os y usuarios difieren en relación con la cantidad de información que se obtiene, lo que permite la toma de decisiones y el consentimiento informado para los procedimientos de enfermería durante la hospitalización, es por esto que las enfermeras deben considerar dar a los usuarios más

información acerca de las necesidades primarias físicas y actividades relacionadas con los cuidados de enfermería.

El consentimiento informado para los usuarios adultos hospitalizados, es de carácter voluntario después de recibir información adecuada acerca de los beneficios, riesgos y cualquier otro tratamiento sustituto para tomar una decisión informada. De este modo, los profesionales sanitarios tienen la obligación de informar adecuadamente al usuario de los procedimientos planificados y tener la seguridad de autorización de este antes de su actuación. Así, los derechos del usuario y la autonomía, necesitan una consideración ya que los usuarios que no se encuentran informados no pueden tomar decisiones bien pensadas. Este consentimiento debe ser obtenido para todos los procedimientos en conjunto con el consentimiento verbal, este último siendo suficiente para la mayoría, especialmente para los procedimientos de enfermería ⁽³³⁾.

Es por esto que el consentimiento de un usuario en una intervención terapéutica, es eficaz si el usuario sabe lo que consiente. Debido a esto, el receptor de los cuidados no es un objeto sino un sujeto, es así como las indicaciones médicas y el consentimiento del usuario son un requisito esencial, incluso para la intervención terapéutica legítima ⁽³⁴⁾.

En relación con los informes de alta de cuidados en los pacientes, se ha identificado que una proporción alta de los pacientes no lo reciben. Este incluye la planificación del alta, el cual es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados de calidad y que contribuye a la seguridad de los pacientes ⁽³⁵⁾. Es por esto que todos los integrantes del equipo de salud tienen que ser conscientes de las percepciones de sus pacientes respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado, especialmente de todo lo relacionado con las prácticas de enfermería.

Es así como las enfermeras, tienen la necesidad de desarrollar aún más sus habilidades analíticas, de modo que puedan obtener una comprensión más profunda de los cuidados de enfermería desde la perspectiva del usuario ⁽³⁴⁾. Se pone de manifiesto, que las experiencias positivas de los pacientes en relación con el trato y la empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares y que por lo tanto representa uno de los predictores de satisfacción y de percepción de seguridad más importante ⁽³⁶⁾. Además los

usuarios desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y, para ello, requieren mayor información. Otra cuestión básica que influye decididamente en la calidad y la seguridad son los estilos de práctica de los profesionales. Dentro de estos estilos se sabe que aquel que es más participativo, que promueve al paciente para que pregunte, para que manifieste sus dudas o temores, capacitará al paciente para afrontar su proceso y conocer mejor su enfermedad ⁽³⁷⁾. Además se destaca que los pacientes priorizan y valoran de manera significativa, que los profesionales les hablen claro y que les informen con palabras que entiendan ⁽³⁶⁾. Otra de las herramientas fundamentales en la comunicación con el paciente es la asertividad; basada en la expresión de los sentimientos, en dar y recibir de una forma honesta. La asertividad podrá desarrollar en los profesionales de enfermería habilidades que conquisten el respeto de los pacientes, logrando que se sientan valorados y seguros. Esto influirá para crear un clima de confianza entre el profesional y el paciente, llegando más fácilmente a una comunicación terapéutica y la entrega de cuidados integrales, donde el paciente perciba mayor seguridad y satisfacción ⁽³⁸⁾.

Cuando se desea un usuario seguro, se debe proporcionar también un entorno seguro, debiendo alcanzarse aquellos requerimientos especiales y funcionales que comprende la estructura física del recinto, considerando a su vez algunos criterios básicos que colaboran con la humanización de esos ambientes, como son la seguridad y la privacidad ⁽³⁹⁾.

Sobre las características del ambiente físico, este puede influenciar directamente en el comportamiento y el bienestar del usuario. Por ello es necesario conocer los requerimientos de los usuarios a su ingreso y darle a conocer el entorno en que se encuentran. Este es un aspecto que debe programarse para alcanzar un fin, el de mejorar la calidad de atención de los pacientes y mejorar la calidad de los espacios donde se desenvuelven ⁽³⁹⁾. A consecuencia de un entorno inseguro puede ocurrir algún daño colateral en el usuario, una de estas es la caída. En los pacientes, son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. Las caídas, generan un daño adicional para el paciente, pudiendo

ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte ⁽⁴⁰⁾. Esto altera la salud del usuario, en el que muchos casos lo llevan a una lesión más grave aún, esto se puede acompañar de dolor. En la actualidad se han estudiado y se conocen, las consecuencias negativas tanto para el paciente como para los servicios de salud que se derivan de una inadecuada atención del dolor. Sin embargo, nos encontramos con falta de conocimientos en su manejo, y una falta de motivación para su tratamiento por parte de un número considerable de profesionales. En cuanto al manejo del dolor en el usuario, es un importante factor en los quehaceres del equipo de salud, ya que del manejo inadecuado del dolor se derivan problemas como: dolor patológico de larga duración (dolor crónico), trastornos en el funcionamiento de los sistemas cardíaco, respiratorio, digestivo, inmunológico y endocrino. No se puede olvidar que al controlar el dolor agudo se obtienen múltiples beneficios: mejoría de la función pulmonar postoperatoria, disminución de la estancia hospitalaria, disminución de la mortalidad, atenuación de la respuesta al estrés, mejor respuesta metabólica al trauma, mantenimiento de la inmunocompetencia, movilización temprana del paciente, con la consecuente disminución de la incidencia de complicaciones tromboembolicas, mayor economía del tratamiento global, etc. Los datos que ofrece el indicador de dolor ponen de manifiesto que una cantidad considerable de pacientes, sufren dolor evitable durante su hospitalización ⁽⁴¹⁾.

Las organizaciones sanitarias han experimentado en los últimos años un cambio significativo. Han pasado de ser entidades prestadoras de servicios orientados por profesionales a seguir modelos organizativos centrados en los usuarios y preocupados por responder a las expectativas de éstos. Esta orientación centrada en el paciente es diferente a la relación clásica médico-usuario, que se ha sustentado tradicionalmente en el paternalismo. La relación paternalista en la asistencia sanitaria busca procurar el mayor bien al usuario, siendo definido tal bien únicamente por los profesionales sanitarios ⁽⁴²⁾.

Se puede observar que la ausencia de cultura de seguridad y calidad entre los profesionales sanitarios, la ausencia de información y sistemas de registro y análisis de incidentes, así como la falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos dentro de la

gestión global de la asistencia sanitaria, son algunos puntos críticos en el sistema sanitario que repercuten en la seguridad del paciente ⁽⁴³⁾.

Además los pacientes pueden aportar información sobre la agilidad del sistema hospitalario en el momento de la detección de un fallo en la seguridad, así como los aspectos relacionados con el grado de información recibida, la percepción en cuanto al grado de responsabilidad del personal sanitario implicado en la gestión de la incidencia, el trato recibido por el personal, la transparencia de la información recibida, y en definitiva la percepción global de la seguridad de los servicios sanitarios ⁽⁴³⁾.

La satisfacción del paciente constituye una medida del resultado de la asistencia sanitaria que ha sido relacionada directamente con la mejora del cumplimiento terapéutico del paciente, del empleo de seguridad social o de la continuidad de cuidados ⁽⁴⁴⁾.

Por medio del proceso de atención en enfermería, en la valoración de sus necesidades reales, Maslow con su “Teoría de la Motivación Humana”, propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía se modela identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad.

Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de auto-realización ⁽⁴⁵⁾.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento se encuentra en la segunda escala de esta teoría de Maslow, esta necesidad de sentirse seguro, es una preocupación constante que se anhela durante toda la vida la cual debe estar presente permanentemente en el entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, si no hay seguridad ni amor, ni estimación, lo que primero se satisface antes que cualquier otra necesidad, es la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior en la pirámide de Maslow.

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.

El progreso en las investigaciones de cuidado a la salud contribuye para introducir mejorías en el cuidado prestado. Sin embargo, inclusive con los avances en los sistemas de salud, las personas están todavía expuestas a diversos riesgos cuando son sometidas a cuidados, particularmente en ambientes hospitalarios ⁽⁴⁶⁾. De esta forma, los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con usuarios vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA), ligados a la asistencia sanitaria.

En consecuencia a esto, la comunicación con los usuarios es cada día más difícil, este clima favorece que el usuario reaccione ante un EA planteando litigios, reclamos y demandas ⁽⁴⁷⁾. Debido a eso, la seguridad del paciente se ha tornado una preocupación central para el sistema de salud en todo el mundo, desde la década del 90 ⁽⁴⁶⁾. Por esto, el concepto de seguridad no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como confianza, comunicación, información y participación.

En la resolución de los eventos adversos, la actitud de disculpa por parte del profesional se considera un elemento clave. Se evalúan positivamente actuaciones existentes como los protocolos y sistemas de notificación, a la vez de señalarse las dificultades en el proceso de implantación. Respecto a la información, los pacientes demandan una formación de los profesionales en habilidades de comunicación. Una mayor participación en el propio proceso asistencial y en la gestión clínica se considera oportuna, a la vez de constatarse la escasez de posibilidades de participación ciudadana en las políticas de seguridad actuales ⁽⁴⁸⁾.

La seguridad del usuario es un tema de creciente interés en las políticas sanitarias y la bibliografía especializada actual, sin que haya muchas investigaciones que incluyan la perspectiva del usuario sobre la seguridad clínica ⁽⁴⁹⁾.

La hospitalización genera que los usuarios se alejen de su vida cotidiana de la familia, de un ambiente lleno de rutinas y normas flexibles, a otro en el cual depende de los demás, de sus juicios y decisiones compartidas. Esto puede tener un efecto negativo, y los individuos pueden experimentar sentimientos como el miedo y necesidad. Para muchas personas, ingresar a un hospital significa entrar en un lugar hostil, con profesionales que realizan acciones que son incómodas y causan dolor ⁽⁵⁰⁾.

La perspectiva de someterse a una cirugía es un momento de crisis, de ansiedad y estrés para los usuarios, además cancelar el evento, desencadena una nueva crisis, por lo tanto merece una atención especial por parte de las enfermeras y el equipo de cirugía en general. Mientras se preparan para la cirugía, los usuarios tienen expectativas, dudas y temores acerca de lo que está a punto de suceder. Para ellos, el hospital es un lugar extraño y desconocido, donde están en las manos de los profesionales, en quien deben confiar y de quienes esperan recibir una atención adecuada. Cuando una operación se cancela, los usuarios y sus familias a menudo experimentan una exacerbación de los sentimientos antes mencionados, ya que el usuario tendrá que pasar nuevamente el período preoperatorio; se teme, por ejemplo, que puede haber otra suspensión, que pueden surgir problemas en la cirugía, o que su regreso al trabajo y la vida familiar puede ser retrasado. Por lo tanto, vuelve a aparecer la ansiedad y esta vez es aún más intensa, esta siempre aparece cuando hay una amenaza para la satisfacción de las necesidades humanas básicas ⁽⁵¹⁾.

Respecto a los aspectos socio demográfico de los usuarios, en el nivel educacional del usuario, se puede observar que los individuos con mayor educación prefieren servicios de mayor complejidad y con acceso a especialidades médicas, procedimientos avanzados y exámenes auxiliares que se sitúan principalmente en hospitales. Es probable que esta población de mayor nivel educacional, tenga expectativas de mayor complejidad tecnológica y las vea satisfechas durante su estadía hospitalaria. Las poblaciones de menor educación pueden sentirse más “afines” social, cultural y antropológicamente con el centro de salud, lo que resultaría en relaciones de mayor confianza y comunicación que contribuirían a una mayor satisfacción ⁽⁵²⁾. El nivel educacional podría influir en la

percepción de la enfermedad, ya que los pacientes más educados tienen más información sobre los cuidados de la salud y están más atentos a los síntomas percibidos ⁽⁵³⁾.

Además se ha encontrado que existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos. En cuanto al factor socio demográfico, sexo, las mujeres suelen mostrarse más satisfechas con las características de entorno de los centros ⁽⁵⁴⁾, en cambio los usuarios masculinos tienen una mejor percepción del trato digno de enfermería. Es por esto que el sexo, edad, escolaridad y antigüedad del usuario en los servicios hospitalarios, son de mayor importancia ya que de esta forma se puede vislumbrar la conformidad con los servicios, exigiendo mayor calidad ⁽⁵⁵⁾. En cuanto a la procedencia del usuario hospitalizado, este tiene relación con el menor o mayor grado de satisfacción que este pueda tener, es por esto que se observa que los usuarios procedentes de las zonas rurales manifiestan estar más satisfechos con el servicio, ellos son menos exigentes en lo que se refiere a la higiene del hospital, de los servicios, así como de la comodidad, en comparación con los procedentes de zonas urbanas o urbano-marginales ⁽⁵⁶⁾. En cuanto al estado civil de los usuarios, los que no viven en pareja suelen estar más insatisfechos con la percepción del recinto de salud ⁽⁵⁷⁾.

Entre las metas del sistema de salud chileno, está la satisfacción de las expectativas legítimas de la población con respecto a las atenciones de salud. La satisfacción entre afiliados a Isapres y a Fonasa es similar. La percepción de protección, es mayor en los usuarios de 65 o más años y en población con menos años de estudio. Las condiciones físicas, la relación con el profesional y el trato son mejor evaluadas por quienes acudieron a prestadores privados y por quienes tienen más años de estudio. El desarrollo de la ciencia en el área de enfermería cada día va en ascenso, los profesionales se preocupan por ofrecer servicio de calidad y excelencia en la atención, aumentando su nivel teórico-práctico e investigativo, para lograr un mayor liderazgo como profesión ⁽⁵⁸⁾.

Con respecto a la seguridad hospitalaria, podemos encontrar a nivel nacional normas, las cuales muestran nuestra realidad nacional a nivel hospitalario. Existe el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente el cual tiene la responsabilidad de

orientar las políticas nacionales de calidad y seguridad del paciente en el sector salud, facilitando el desarrollo de competencias, planes y programas en las diferentes organizaciones de salud de manera permanente. Este departamento viene a asumir una importante rama de la prestación de servicios de salud. La calidad y seguridad del paciente se plantea en primera línea, en la medida que el marco de la Reforma Sanitaria establece los estándares mínimos y específicos para asegurar una atención de calidad.

Entre los temas que involucra esta entidad se encuentra las normas técnicas de autorización Sanitaria con el fin de uniformar criterios de Autorización Sanitaria a lo largo del país, transparentar los requisitos solicitados y generar instrumentos válidos tanto para establecimientos de salud público como privados. Los reglamentos básicos que los regulan (Decreto N°161 de Hospitales y Clínicas y Decreto N°283 de Salas de procedimientos y Pabellones de Cirugía Menores) establecen que se generarán Normas Técnicas bajo las cuales se realizarán las evaluaciones de cumplimiento o incumplimiento de los requisitos. Además están las Infecciones Intrahospitalarias y asociadas a la atención en Salud. En Chile, desde 1982 existe un programa nacional dirigido desde el Ministerio de Salud que tiene por objetivos disminuir estas infecciones, en especial aquellas que se asocian a procedimientos invasivos y las que tienen potencial de producir epidemias. Este programa nacional es obligatorio para todos los hospitales y clínicas, sean del sector privado o público. El programa consiste en normas y regulaciones, un sistema permanente para detectar las infecciones (vigilancia epidemiológica) y procesos de supervisión de las prácticas de atención destinadas a prevenirlas.

Para otorgar una atención de calidad el Departamento de Calidad y Seguridad también cuenta con una evaluación de tecnologías de la Salud, este concepto de tecnología sanitaria engloba a “los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en atención médica, así como los sistemas organizativos con los que esta atención sanitaria se presta”. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias es una forma de investigación que examina las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de la tecnología, como también las de corto y largo plazo, directas como indirectas y sobre los efectos deseados como los no deseados. Y hay que agregar que este

departamento implementa a nivel nacional los “Manuales generales de acreditación para atención abierta y cerrada para prestadores de Salud”⁽⁵⁹⁾.

Para el perfeccionamiento de las prácticas diarias, las teorías en enfermería proporcionan los conocimientos necesarios para perfeccionar el conocimiento, dentro de áreas específicas de enfermería como asistencia, docencia e investigación, lo cual facilita la organización del conocimiento, y guía al investigador con respecto al problema a estudiar. Bajo el enfoque de una teoría se podrá garantizar la obtención de resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio, sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas.

Dentro de las teorías más utilizadas, donde se basan muchas de las estructuras de valoración, propias del proceso de atención en enfermería, en todas las áreas del desempeño del rol, Virginia Henderson nos define a la enfermería en términos funcionales, en donde la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, y que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, iniciando los principios de asistencia a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, introduciendo los criterios de independencia del paciente, conociendo sus requerimientos por medio de la identificación de las 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, compartiendo varias similitudes con la escala de necesidades de Maslow, donde sus 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización⁽⁶⁰⁾.

Dentro de las relacionadas a la seguridad, su valoración va determinada a la seguridad biológica, psicológica y social, es decir, del entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa y medidas preventivas, la valoración de estas necesidades deben además determinar los factores que pueden influenciarlas y modificarlas.

Asimismo la teoría propuesta por Faye Glenn Abdellah 1919, abarca el enfoque de los problemas de enfermería a través de los “21 problemas de enfermería”, en donde ella escribió que las enfermeras deben ser capaces de identificar y resolver los problemas específicos de su área. Esta identificación y clasificación de los problemas se llamaba la tipología de los 21 problemas de enfermería. Para lo cual toma en cuenta el desarrollo físico, sociológico y emocional del paciente, considerando una relación interpersonal entre el usuario y familia, basándose en medidas de resultado, por ende el problema de enfermería, es para ella simplemente aquel que presenta al paciente y como este lo plantea como problema, y que la enfermera puede ayudar a superar a través del ejercicio de sus funciones profesionales. Incluyendo en todas descripciones un profundo respeto por la dignidad humana, logrando con esto un impacto trascendental en la profesión, ya que ha sido un líder en el desarrollo de investigación y la enfermería como una profesión en el Servicio de Salud Pública. Faye Glenn Abdellah está reconocida como una de las principales investigadoras de Estados Unidos en políticas sanitarias y públicas, y una experta internacional en problemas sanitarios.

Utilizó las 14 necesidades humanas básicas de Henderson e investigaciones en enfermería para establecer la clasificación de los problemas de enfermería, pero con la diferenciación, que estos están formulados en relación con los servicios que se utilizan para determinar las necesidades del paciente. Su contribución al desarrollo de la teoría de la enfermería incluye un análisis sistemático de los trabajos de investigación para formular los 21 problemas de enfermería que sirvieron como inicio de la guía para una atención global de enfermería y Modelo de Enfermería (1998), creada para que las enfermeras la utilicen en la identificación y resolución de problemas del paciente y los divide en 3 áreas:

- Las necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente.
- Los tipos de solución personal entre la enfermera y el paciente.
- Los elementos comunes al cuidado del paciente.

Dentro de los 21 problemas mencionados por esta teorista, se encontró aquel relacionado directamente con el presente estudio investigativo, el cual hace mención a la

línea de acción seguridad del paciente, rescatado por Abdellah en el cual menciona: “Para promover la seguridad mediante la prevención de lesiones o traumas y otras de la prevención de la propagación de la infección”. Este es un pilar fundamental de la investigación que realizamos, ya que dentro de las funciones esenciales de la enfermería se encontró la que corresponde a defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud, la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, función que es desarrollada en base a la gestión del cuidado.

La gestión del cuidado propia de la función de enfermería, abarca tanto los cuidados autónomos como de colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades. En este contexto se logrará una buena prestación de servicios y atención de calidad por parte del profesional de enfermería, mientras se logre prevenir aquellos factores que pueden afectar al paciente, a la entidad cuidadora (hospital) y a su vez evitar la afectación a su familia. Es aquí donde cobra relevancia la relación de la teoría planteada por Abdellah y nuestro actuar respecto del tercer problema identificado por ella, que hace relación a la seguridad del paciente ⁽⁶¹⁾.

MARCO EMPIRICO

Dentro de las investigaciones consultadas, se encontró evidencia relacionada a la investigación propuesta, y otros artículos de significación con las temáticas referidas, principalmente en percepción de la seguridad del paciente y sus implicancias en contexto socio demográfico. Con respecto a la realidad nacional, no se han realizado estudios relacionados a la percepción de seguridad intrahospitalaria de los usuarios ni sus variables de estudio.

El estudio llamado “Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal” realizado por M^a E. Hernández, A. Ochando G., C. Royuela G., S. Lorenzo M. y F. Paniagua, determinó por medio de un estudio descriptivo y transversal, realizado el año 2007 en España todos los pacientes en diálisis peritoneal, la percepción de la seguridad clínica en diálisis peritoneal percibida por el paciente, además de determinar la importancia que tiene la comunicación-información del personal sanitario, por medio de una encuesta de opinión sobre esa seguridad clínica. Obteniendo como resultados que el 71 % de los pacientes manifestó que les preocupaba mucho sufrir un error médico. El 100 % de los pacientes que habían sufrido un efecto indeseado como consecuencia de la asistencia o de la medicación administrada, manifestaron estar muy preocupados por sufrir un error médico. Al analizar las preguntas relacionadas con la información-comunicación entre el personal sanitario y el paciente, el 81% manifestaron que les habían explicado, con detalle, los efectos y precauciones del tratamiento y el 84,2% respondió que habían podido consultar sus dudas y preocupaciones a la enfermera y al médico con la suficiente intimidad. Con respecto a la manifestación de sus dudas o preocupaciones al médico o a la enfermera, el 84,2% respondió "sí, todas" y el 15,8% "sí, algunas", no encontrándose pacientes que no pudieran manifestar sus preocupaciones o dudas ⁽⁶²⁾.

Asimismo, los autores S. Evans M, I. Berry G, B. J. Smith y A. J Esterman, en el año 2006 en Australia. Publican el estudio denominado “Percepciones de los consumidores de la seguridad en los hospitales”, con el objetivo buscar la opinión pública sobre el número y la gravedad de los acontecimientos adversos experimentados en los hospitales, y la percepción de seguridad en estos mismos, obteniendo que la determinación de factores

predictivos de la percepción de falta de seguridad en los hospitales, la cantidad total de personas entrevistadas fue de 2.884 mayores de 18 años. De éstos, el 5,2% informaron de que se sentiría muy seguro si es admitido a un hospital, el 19,8% afirmaron que se sienten un poco inseguros, el 51,6 % afirmaron que se sienten bastante seguros y el 23,3% respondió que se sentiría muy seguro. Los que se sentían inseguros al asistir a un hospital tenían más probabilidades de: tener entre 40 y 59 años, ser mujer, residir en el área metropolitana, y tener un ingreso anual superior a US \$ 80.000. Con el fin de determinar si la experiencia de un evento adverso ha afectado a las percepciones de los encuestados sobre la seguridad, fue llevado a cabo un análisis multivariante en los mayores de 40. El análisis multivariado indicó que los mejores predictores comunes para la percepción de falta de seguridad en los hospitales públicos son el sexo femenino, residir en un área metropolitana, tener un ingreso de entre \$ 20.000 y \$ 80.000, y haber ya experimentado un acontecimiento adverso grave ya sea personalmente o estar familiarizado con un miembro de la casa que lo haya padecido ⁽⁶³⁾.

En relación a la seguridad del paciente en el año 2011, en España, F. Roqueta E., S. Tomás V., M. Chanovas B. a través de una publicación en la Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, presenta un estudio llamado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español”, que por medio de una investigación descriptiva tuvo por objetivo conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel general hospitalario y conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora; los resultados obtenidos fueron para la encuesta aplicada en 30 Servicios de Urgencias Hospitalarios de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos (de una calificación máxima de 10 puntos). Las dimensiones mejor valoradas fueron las de Trabajo en equipo en la unidad y Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron Dotación de recursos humanos y Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital con un 57% y un 47% de

respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora ⁽⁶⁴⁾.

El estudio llamado “Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria”, realizado por J. Mira Solves; J. M. Aranaz.; J. Vitaller Burillo; M° T Gea Velázquez, en el año 2009 en España, el que tuvo por objetivo valorar la información recibida por el paciente, si había podido irse a casa conforme a lo previsto tras la intervención, si creían haber sufrido, en el curso del tratamiento, efectos inesperados y si había podido en las decisiones clínicas. Obteniendo como resultados tras la encuesta a 451 pacientes, donde respondieron 378 pacientes (el 45,8%, varones), lo que supuso una participación estimada del 83,81%. Reconocieron haber sido informados con claridad de en qué consistía la intervención 304 (82,4%) pacientes. Recibieron suficiente información de posibles efectos del tratamiento y de las precauciones a adoptar 332 (90%). Afirmaron haber podido participar en decisiones clínicas 145 (41%). Respondieron no haber podido ir a casa en la fecha prevista 50 (13,2%) pacientes y 26 dijeron haber experimentado durante su ingreso algún tipo de complicación derivada de la medicación ⁽⁶⁵⁾.

Otro estudio denominado “Nuevas perspectivas sobre los bien conocidos problemas: en la experiencias de los pacientes y la percepción de seguridad en Suiza”, realizado por David L.B. Schwappach, Olga Frank, Marc-Anton Hochreutener, realizado en Suiza en el año 2011, cuyo objetivo fue determinar el grado de seguridad de un usuario que ya ha sufrido alguna situación determinada respecto a su propia seguridad, para lo cual sus resultados fueron que para un total de 7.254 encuestas enviadas y 3.983 fueron devueltos (Tasa de respuesta = 55%). El 29,1% reportó al menos un definitivo o evento posible. La media de número de los eventos definitivos por paciente fue de 0,31. De los 1.160 pacientes que informaron de por lo menos un evento, el 11,7% calificó este evento como graves, el 25,3% de los pacientes habló con el personal de salud sobre este caso, el 11,6% informó que no hubo la comunicación y el resto respondió que hablar con el personal sobre el evento no fue necesario. Los pacientes que se habían comunicado con el personal calificado, clasificaron esta como muy o bastante honesta y abierta en 92,0%. De todos los

pacientes, el 14,7% estaban algo preocupados acerca de los errores (falta algo mas) médicos y la seguridad de la atención recibida durante su ingreso hospitalario. Es evidente que, después de haber experimentado cualquier acontecimiento relacionado con la seguridad es mayor el impacto y la preocupación sobre la seguridad. Una fracción considerable de los pacientes experimenta subjetivamente eventos relacionados con la seguridad y se preocupa por ella ⁽⁶⁶⁾.

Asimismo, Ariño Lambea P; Cortada Almirall V; Castillo Monsegur J; Escolano Villén F; Sala Serra, M Fonte, en el año 2008 en España, con el objetivo de evaluar la seguridad del paciente ante el proceso quirúrgico propuesto y su relación con la información previa recibida, desarrollan el estudio denominado “Percepción de Seguridad en la decisión del Paciente Quirúrgico: Relación con la Información previa recibida”, que obtuvo por resultados en 358 pacientes, que el 31,6% de ellos mostraron inseguridad en la decisión tomada y 30% sin haber recibido más información. Los hombres jóvenes, con nivel de estudios superior mostraron más seguridad en la decisión. La inseguridad del paciente guardo relación con la percepción de no haber recibido suficiente información previa ⁽⁶⁷⁾.

También en el contexto español, el estudio llamado “La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado, proyecto SENECA”, realizado por el Ministerio de sanidad y política social, del mismo país en el año 2010. Tuvo por objetivo Evaluar la validez, fiabilidad y viabilidad del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales, obteniendo como resultados para una muestra de 1933, con una edad media de los pacientes que participaron fue de 56.39 años. En cuanto al nivel cultural de la muestra, 258 (13.6%) no tenía estudios, 1280 (67.4%) estudios básicos y 362 (19.1%) estudios universitarios. El 82 % de los encuestados refieren que se les ha informado correctamente a su ingreso. Los pacientes que perciben accesibles y seguros el entorno hospitalario superan el 80%. Aquellos pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados, los refieren de acuerdo 824 pacientes (42%) y muy de acuerdo 1027 (52.3%). Los resultados sobre la percepción que tienen los pacientes sobre su seguridad en una escala de 0-10 puntos, la media se sitúa en 8.37. Los pacientes

que perciben un trato correcto y empático es del 93.4 %. Los que perciben haber participado en las decisiones de su proceso lo refieren de acuerdo o muy de acuerdo el 65.9 %. Sobre la correcta información sobre el tratamiento farmacológico lo refieren adecuado 949 pacientes (48.4%) y muy adecuado 592 (30.2%) de la muestra. En relación a la correcta información sobre intervenciones quirúrgicas, cuidados o pruebas a la que los pacientes fueron sometidos, la respuesta supera el 85 %. Sobre la correcta información de cuidados al alta de los pacientes, lo refieren adecuado 730 pacientes (47.5%) y muy adecuado 550 pacientes que representa el 35.8 % de la muestra. Los resultados de pacientes que perciben adecuados y seguros los transportes sanitarios, el 68.4% están de acuerdo o muy de acuerdo con esta percepción. La valoración media del dolor de los pacientes igual o superior a 4 en una escala de 0 a 10 para el conjunto de los hospitales. En el indicador sobre pacientes que han sufrido caídas, resalta que de un total de 1909 pacientes que fueron estudiados, sufrieron caídas 69, es decir el 3.6 %. De ellas, tuvieron consecuencias graves 6 (6.8%) y consecuencias moderadas 15 (21.7%). En el indicador sobre daños ocasionados por la contención física, 116 refirieron haber estado inmovilizado, 6 de ellos (0.4 %) refirieron daños graves como consecuencia de la misma, 20 pacientes (1.2%) daños moderados y 34 (2.1%) daños leves ⁽⁶⁸⁾.

En el año 2010, con el objetivo de adaptar o elaborar un cuestionario que mida la percepción de seguridad, el estudio señalado como “Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios”, realizado en España el año 2010 por el Ministerio de sanidad, política social e igualdad, en 86 pacientes mayores de 18 años, presento una edad 64,6 (16,6) años en los sujetos de estudio. El 51,2% de los pacientes incluidos en el estudio eran hombres y el 25,9% tenía estudios secundarios o universitarios. La valoración global de la seguridad percibida por los pacientes en la atención sanitaria, en el ámbito hospitalario, se obtuvo a partir de la puntuación estandarizada del cuestionario, teniendo sólo en cuenta las preguntas de la 1 a la 10. Los pacientes obtuvieron una puntuación media en el cuestionario de seguridad de 88 (14,3) puntos, lo que indica un alto nivel de seguridad percibida, dado que la puntuación oscila de 0 a 100 y una mayor puntuación indica un mayor nivel de seguridad. Los pacientes del estudio valoraron también la seguridad percibida en la atención sanitaria a partir de una pregunta general. El

91,7% los pacientes incluidos en el estudio afirmaron estar muy o bastante seguros con la atención sanitaria.

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario sobre la valoración global de la seguridad de los pacientes en la atención sanitaria, en el ámbito hospitalario, no se mostraron relacionadas con la edad de los pacientes, obteniendo un coeficiente de correlación de Spearman de 0,017 ($p=0,88$). Tampoco hubo correlación importante ni significativa entre la pregunta general sobre seguridad y la edad de los pacientes, obteniendo en este caso un coeficiente de correlación de Spearman de 0,160 ($p=0,15$).

Los pacientes sin estudios mostraron un nivel de seguridad percibido ligeramente inferior al percibido por el resto de pacientes del estudio, aunque las diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0,41$).

Según la pregunta general de seguridad se observó que el 55,8% de hombres se sintieron muy seguros frente al 42,5% de las mujeres, no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,14$)⁽⁶⁹⁾.

1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Identificar la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la percepción del usuario hospitalizado sobre las medidas de seguridad hospitalarias.
- Determinar la edad promedio de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Determinar el sexo predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Determinar el estado civil predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Determinar el nivel educacional promedio de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Determinar la previsión de salud predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.
- Determinar la zona de residencia predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.

- Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto a la comunicación y entrega de información de los profesionales de la salud.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de las normas del recinto al ingreso del establecimiento hospitalario.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto al trato y comunicación asertiva en la relación usuario-profesional.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de su participación en la toma de decisiones de su tratamiento.
 - Identificar la percepción del usuario respecto a la información entregada sobre su tratamiento.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de la información entregada al firmar un consentimiento informado.
 - Identificar la percepción del usuario respecto de la información entregada sobre los cuidados que debe tener posterior al alta.
- Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del entorno del recinto hospitalario.
 - Identificar la percepción del usuario respecto a la accesibilidad física dentro del recinto durante su hospitalización.
 - Identificar la percepción del usuario respecto a la infraestructura general del recinto hospitalario.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del transporte sanitario.
- Identificar la percepción del usuario respecto de la seguridad otorgada en atención.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto los cuidados entregados por los profesionales de enfermería.
 - Identificar la frecuencia de caídas o golpes de los usuarios encuestados.

- Identificar la percepción de seguridad del usuario sobre las medidas preventivas otorgadas para una eventual caída o golpe.
- Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del proceso de atención.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de la suspensión de pruebas diagnósticas.
 - Identificar la percepción del usuario respecto la suspensión de intervenciones quirúrgicas.
 - Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del derecho de formular reclamos.
 - Conocer la calificación de dolor según la percepción del usuario.
 - Conocer la calificación de la seguridad según la percepción del usuario.
 - Determinar la congruencia entre las preguntas del cuestionario de percepción y el resultado final de percepción usuaria de seguridad.

1.6 HIPOTESIS

- Los usuarios hospitalizados (as) tienen una buena percepción de la seguridad hospitalaria.
- Los usuarios tienen una buena percepción en cuanto a la información entregada por los profesionales de la salud.

1.7 VARIABLES

Variable:

- Percepción usuaria de la seguridad.
- Factores Socio demográficos:
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Nivel educacional
 - Previsión
 - Zona de Residencia

Co-variables y sus respectivos indicadores:

- Información-comunicación:
 - Información de normas del recinto.
 - Asertividad en la comunicación y trato hacia los usuarios.
 - Participación en la toma de decisiones.
 - Información sobre su tratamiento.
 - Consentimiento informado.
 - Información cuidados posterior alta.
- Entorno:
 - Accesibilidad física.
 - Infraestructura general.
 - Transporte sanitario.

- Seguridad.
 - Percepción usuaria de los cuidados otorgados por los profesionales de enfermería.
 - Presencia de caídas o golpes.
 - Percepción de medidas preventivas para eventual caída o golpe.
- Proceso de atención.
 - Suspensión de pruebas diagnósticas.
 - Suspensión de intervenciones quirúrgicas.
 - Formulación de reclamos.
 - Calificación de dolor del usuario.
 - Calificación de seguridad del usuario.

Matriz de variables (Anexo 1).

II.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Diseño descriptivo, no experimental y de corte transversal.

2.2 UNIVERSO

Correspondió a los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos entre el periodo del 28 de Mayo a 8 de Junio de 2012.

2.3 MUESTRA

Correspondió a 73 usuarios hospitalizados en los Servicios de Cirugía y Medicina seleccionados aleatoriamente.

2.3 UNIDAD DE ANALISIS

Usuarios hospitalizados en los servicios Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos. Para las siguientes condiciones:

- Usuarios menores de edad: se le hizo entrega del consentimiento informado a los cuidadores.
- Usuarios analfabetos: el consentimiento informado se realizó mediante la huella dactilar del usuario, posteriormente se aplicó el cuestionario verbalmente.

2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

- Criterios de Inclusión:
 - Edad mayor a 15 años.
 - Ambos sexos
 - Capacidad cognitiva adecuada para responder al cuestionario medida por la escala de Glasgow (puntaje de Tamizaje mayor a 15 puntos).
- Criterios de eliminación:
 - Pacientes que no terminaron de contestar el cuestionario.
 - No querer participar del estudio.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente estudio se solicitó autorización por escrito al Director y a la enfermera supervisora, del Hospital de San Carlos, a partir de una carta patrocinada por la Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bio-Bío, en la cual se indicó el propósito del estudio, los procedimientos e instrumentos necesarios para medir las variables de interés y la solicitud para extraer los antecedentes sociodemográficos de los usuarios del estudio, de la ficha clínica (Anexo 2).

Una vez autorizado el trabajo de campo en el centro hospitalario, se solicitó a los usuarios su consentimiento informado, indicando el propósito de la investigación, las actividades y acciones para medir las variables en estudio, las condiciones de confidencialidad y voluntariedad que se les ofrece al participar. Luego de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, se le pidió su autorización para ser incluidos dentro de la muestra a través de la firma y/o huella dactilar, según corresponda (Anexo 3).

Se mantuvo la confidencialidad de los datos en el manejo de la información al momento de la aplicación del cuestionario, y el secreto estadístico en el manejo informático-estadístico según lo contemplado en la Ley N°17374/70.

2.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se inició con el registro de los antecedentes sociodemográficos, extraídos de la ficha clínica del usuario, entre las fechas 28 de Mayo y 8 de junio del año en curso. Luego, se visitó a todos los usuarios hospitalizados con el objetivo de tamizar a aquellos elegibles mediante la aplicación de la Escala de Glasgow. Una vez determinado el estado cognitivo del usuario y siendo este acorde para la realización del estudio, se le hizo entrega del consentimiento informado para participar de manera voluntaria el estudio.

Aquellos usuarios que no aceptaron participar del estudio, fueron eliminados de este inmediatamente y a los usuarios que aceptaron participar voluntariamente del estudio se les instruyó en la metodología para contestar el instrumento denominado “Cuestionario sobre la percepción de seguridad del paciente”, luego se les entregó el cuestionario, para el llenado de los ítems completado por el usuario, en presencia de la encuestadora, con el objetivo de responder las dudas que el usuario demandase. Una vez que el usuario contestó todos los ítems del cuestionario, estos fueron devueltos al encuestador (Anexo 4).

2.7 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

Para el tamizaje de los usuarios elegibles se utilizó la Escala de Glasgow (Anexo 5), desarrollada en el año 1974 por Teasdale y Jennett, en Escocia ⁽⁷⁰⁾. La cual tiene por objetivo la evaluación del nivel de conciencia del usuario, analizando tres parámetros; la apertura ocular, respuesta verbal y motora. De acuerdo a la respuesta del usuario, se asigna un valor a cada ítem y la suma de los tres valores constituye el resultado final de la Escala de Glasgow, donde los valores van desde tres hasta quince puntos. A quienes obtuvieron un valor de 15 puntos se les clasificó como “consientes” los cuales pasaron a formar parte del estudio.

Para la recolección de los datos sociodemográficos del usuario, se utilizó una hoja de registro de datos llamada “Hoja de recolección de los antecedentes sociodemográficos del usuario”, conformada por seis ítems de preguntas cerradas, las cuales abarcan

antecedentes como edad, sexo, estado civil, nivel educacional, previsión de salud y zona de residencia, elaborado por las encuestadoras (Anexo 6).

Luego, se aplicó el “Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes”, desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en el año 2010 ⁽⁷¹⁾, con el objetivo de determinar cuantitativamente la percepción de seguridad de los usuarios hospitalizados en los servicios sanitarios (Anexo 7).

En relación a la viabilidad y factibilidad del instrumento, este fue pilotado en cinco hospitales de España y se realizó el estudio de campo en otros treinta y tres, sin presentar problemas relacionados con su aplicabilidad. Sus autores proponen un tiempo estimado para su cumplimiento, inferior a los cinco minutos. Para su validación se consideró el análisis de componentes principales, en el cual el 47,6% de la varianza la explican los componentes relativos a la “Información o Comunicación” y a la “Seguridad”, presentando consistencias internas de 0,66 y 0,65, respectivamente ⁽⁷²⁾.

El “Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes”, esta compuesto por cuatro dimensiones, con un total de diecisiete preguntas. Las dimensiones “Información-comunicación” (seis ítems), “Entorno” (tres ítems), “Seguridad” (un ítem), evalúan las respuestas para cada ítem en base a una escala tipo Likert, a partir de los criterios “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Indiferente”, “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”, con una puntuación de 1 a 5, respectivamente. El penúltimo ítem de la dimensión Seguridad, es evaluado bajo los criterios, “Si, con consecuencias graves”, “Si, con consecuencias moderadas”, “Si, pero no he tenido consecuencias”, “No, pero he resbalado”, “No” y el último ítem de esta dimensión fue evaluado según los criterios, “Si, con consecuencias graves”, “Si, con consecuencias moderadas”, “Si, con consecuencias leves”, “No, pero he tenido consecuencias”, “No”. En cuanto a la cuarta y última dimensión llamada “Aspectos generales” (cinco ítems), sus tres primeros ítems son evaluados bajo los criterios de “Si”, “No”, “No sabe” y sus dos últimos ítems mediante la aplicación de una escala, que va desde cero a diez, siendo cero su evaluación mínima y diez su máxima evaluación.

Las autoras del estudio proponen clasificar el puntaje obtenido de la aplicación de este instrumento mediante la sumatoria simple de todas sus preguntas, siendo considerado un punto el mínimo y cinco puntos el máximo de cada pregunta, ya que el instrumento original no presentaba dicho puntaje. El mínimo de puntos que se puede obtener de todo el cuestionario es de 12 y el máximo 60 (preguntas de escala Likert), siendo clasificados en tres categorías: “Bueno” (entre 37 y 60 puntos) y “Mala” (entre 12 y 36 puntos) (Anexo 8).

2.8 PRUEBA PILOTO

Previo a la realización de la prueba piloto, se realizaron las modificaciones pertinentes con respecto al instrumento a evaluar, con el fin de medir el margen de error en la aplicación de las preguntas y la claridad de las instrucciones entregadas al usuario, realizándose esta, dos veces, encontrándose una igualdad en las investigadoras al momento de evaluar los parámetros del estudio. Posteriormente y con el objetivo de estimar el tiempo de aplicación de los instrumentos, pertinencia y formato de las preguntas en el proceso de aplicación, se procedió a realizar una prueba piloto a 6 familiares de los usuarios que se encontraban hospitalizados en el servicio de Medicina mujer el día 28 de mayo del 2012. Luego de la prueba piloto, se estimó un tiempo de 6 minutos en la aplicación del instrumento. Al finalizar la aplicación se evaluó la pertinencia de este, concluyendo que es comprensible y que no fue necesaria la realización de cambios.

2.9 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego del levantamiento de datos, se creó una matriz de datos en el programa Excel 2003, la cual fue exportada al programa STATA versión 9,0. Para las variables de razón se probó distribución normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk, en la cual se asumió normalidad presentando con un valor $p > 0,05$ describiéndose mediante la media aritmética y desviación estándar. De caso contrario, se describió mediante la mediana y Rango Intercuartílico ($P_{75} - P_{25}$).

Para la descripción de las variables nominales y ordinales se usaron las frecuencias observadas (n) y relativas porcentuales (%) dispuestos en tablas de frecuencia.

Con el objeto de probar la correlación o congruencia de las preguntas del cuestionario en relación al resultado final de percepción usuaria de seguridad, se determinó en las 12 preguntas el coeficiente de Spearman, con un nivel de significación de 0,05.

III.- ANALISIS

3.1 RESULTADOS

Se estudió finalmente a 72 usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina pertenecientes al Hospital de San Carlos. Durante el proceso de la investigación, se excluyeron a 6 usuarios del Servicio de Medicina mujeres y once en el Servicio de Medicina hombres, ya que no cumplían con el criterio de Glasgow 15 puntos. Además de otro usuario que no terminó de responder el cuestionario, dejándolo inconcluso.

Se describieron las características sociodemográficas y la percepción de seguridad intrahospitalaria mediante el “Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes”, el cual consta de las dimensiones Información y Comunicación, Entorno y Seguridad.

Tabla 1
Distribución de los pacientes hospitalizados del estudio según percepción usuaria de la seguridad (N= 72)

Percepción de seguridad	N	%
Buena	71	98,61
Malo	1	1,39
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 1 señala la percepción de seguridad de los participantes del estudio, de los cuales el 98,61% tuvieron una percepción “Buena” y el 1,39% tuvo una “Mala” percepción de la seguridad hospitalaria.

Tabla 2
Distribución de los pacientes hospitalizados del estudio según características sociodemográficas (N= 72)

Características sociodemográficas	N	%
Edad (años) †		
Entre 15 y 39 años	14	19,18
Entre 40 y 64 años	32	43,84
65 y más años	27	36,99
Sexo		
Femenino	38	52,05
Masculino	35	47,95
Estado civil		
Soltero	16	21,92
Casado	45	61,64
Separado	4	5,48
Viudo	8	10,96

† Media aritmética ± desviación típica

Fuente. Elaboración propia

La tabla 2 indica las características de edad, sexo y estado civil de los sujetos del estudio, de los cuales el 52,05% fueron mujeres; el 43,84% presentó una edad entre 40 y 64 años y el 61,64% refirió estar casado.

Tabla 2.1
Distribución de los pacientes hospitalizados del estudio según características sociodemográficas (N= 72)

Características sociodemográficas	N	%
Nivel de escolaridad		
Sin estudios	9	12,33
Estudios básicos	39	53,42
Estudios medios	19	26,03
Técnico ó profesional	6	8,22
Previsión		
Fonasa	68	93,15
Isapre	3	4,11
Otros	2	2,74
Zona de residencia		
Urbano	28	38,36
Rural	45	61,64

† Media aritmética ± desviación típica

Fuente. Elaboración propia

La tabla 2.1 indica las características sociodemográficas de los participantes del estudio, de los cuales el 53,42% refirió estudios básicos y el 8,22% estudios técnicos y profesionales; e 93,15% refirió tener previsión Fonasa y el 61,64% refirió zona de residencia rural.

Tabla 3
Medidas de resumen de las dimensiones que forman el cuestionario de percepción de seguridad en usuarios hospitalizados (n=72)

Dimensiones	Medidas de resumen				Shapiro-Wilk (p)
	Mín	Máx	$\bar{x} \pm dt$ †	$M_d \pm RIC$ ††	
Información y comunicación	12	30	24,04 ± 3,59	24,00 ± 5,00	0,0228
Entorno	6	15	12,56 ± 2,01	13,00 ± 3,00	<0,001
Seguridad	13	15	14,49 ± 0,58	15,00 ± 1,00	<0,001
Escala total	36	60	51,08 ± 4,71	51,00 ± 6,00	0,2533

† media aritmética ± desviación típica; †† mediana ± rango intercuartílico

Fuente. Elaboración propia

La tabla 3 muestra las medidas de resumen de los puntajes obtenidos para los tres componentes y escala total del instrumento de percepción, a partir del cual para “Información y comunicación”, “Entorno” y “Seguridad” no presentaron distribución normal (todos con $p < 0,05$ para prueba de Shapiro-Wilk), indicándose medianas de $24,00 \pm 5,00$, $13,00 \pm 3,00$ y $15,00 \pm 1,00$ puntos, respectivamente. Para el puntaje de la escala total de percepción, se obtuvo una media de $51,00 \pm 6,00$ puntos.

Por ser consideradas estadígrafos estables, se usaron las medianas como puntos de corte para clasificar la percepción de los usuarios respecto a la seguridad hospitalaria.

Tabla 4
Información de normas del recinto

Pregunta N° 1	N	%
Muy en desacuerdo	3	4,17
En Desacuerdo	3	4,17
Indiferente	2	2,78
De acuerdo	36	50,00
Muy de acuerdo	28	38,89
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4 indica las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número uno del cuestionario la que consiste en: ¿En el momento del ingreso he recibido la información que necesitaba sobre las normas del centro, horarios, timbres, etc.?; de los cuales el 50% refirió estar “De acuerdo”; el 38,89% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 4,17% estuvo “Muy en desacuerdo”; el 2,78% estuvo “Indiferente” frente a esta pregunta; y el 4,17% restante estuvo en “Desacuerdo”.

Tabla 5
Asertividad en la comunicación y trato hacia los usuarios.

Pregunta N° 2	N	%
Muy en desacuerdo	0	0
En Desacuerdo	1	1,39
Indiferente	0	0
De acuerdo	20	27,78
Muy de acuerdo	51	70,83
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 5 presenta las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número dos del cuestionario la que consiste en: ¿El trato, la amabilidad y las ganas de agradar con la que he sido atendido por los profesionales (enfermera y auxiliares) ha hecho que me sienta cómodo/a y seguro/a.?; de los cuales el 70,83% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 27,78% refirió estar “De acuerdo”; y el 1,39% estuvo “En desacuerdo”.

Tabla 6
Participación en la toma de decisiones.

Pregunta N° 3	N	%
Muy en desacuerdo	8	11,11
En Desacuerdo	12	16,67
Indiferente	10	13,89
De acuerdo	28	38,89
Muy de acuerdo	14	19,44
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 6 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número tres del cuestionario la que consiste en: ¿He participado en las decisiones sobre los tratamientos para mi enfermedad?; de los cuales el 38,89% refirió estar “De acuerdo”; el 19,44% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 16,67% estuvo “En desacuerdo”; el 13,89% refirió estar “Indiferente” a esta pregunta y el 11,11% refirió estar “Muy en desacuerdo”.

Tabla 7
Información sobre su tratamiento.

Pregunta N° 4	N	%
Muy en desacuerdo	0	0
En Desacuerdo	6	8,33
Indiferente	7	9,72
De acuerdo	33	45,83
Muy de acuerdo	26	36,11
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 7 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número cuatro del cuestionario la que consiste en: ¿He sido correctamente informado sobre los medicamentos que estoy tomando. Ejemplos, para que sirven, los horarios en los que se deben tomar, los efectos que tienen, etc.?; de los cuales el 45,83% refirió estar “De acuerdo”; el 36,11% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 9,72% estuvo “Indiferente” a esta pregunta y el 8,33 % refirió estar “En desacuerdo”.

Tabla 8
Consentimiento informado.

Pregunta N° 5	N	%
Muy en desacuerdo	4	5,56
En Desacuerdo	5	6,94
Indiferente	17	23,61
De acuerdo	17	23,61
Muy de acuerdo	29	40,28
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 8 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número cinco del cuestionario la que consiste en: ¿Cuando he firmado algún consentimiento o autorización para una intervención o prueba, me explicaron y aclararon todas mis dudas?; de los cuales el 40,28% refirió estar “Muy de acuerdo”; obteniéndose para las respuestas “Indiferente” y “De acuerdo” un igual porcentaje de 23,61; el 6,94% refirió estar “En desacuerdo”; mientras que el 5,56% refirió estar “Muy en desacuerdo”.

Tabla 9
Información cuidados posteriores al alta.

Pregunta N° 6	N	%
Muy en desacuerdo	2	2,78
En Desacuerdo	3	4,17
Indiferente	20	27,78
De acuerdo	25	34,72
Muy de acuerdo	22	30,56
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 9 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número seis del cuestionario la que consiste en: ¿Me han informado, a mí y/o a mi familia sobre como continuar los cuidados en el domicilio, tras el alta?; de los cuales el 34,72% refirió estar “De acuerdo”; el 30,56% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 27,78% refirió estar “Indiferente” a esta pregunta; el 4,17% refirió estar en “Desacuerdo”, y el 2,78% “Muy en desacuerdo”.

Tabla 10
Accesibilidad física.

Pregunta N° 7	N	%
Muy en desacuerdo	0	0
En Desacuerdo	3	4,17
Indiferente	3	4,17
De acuerdo	35	48,61
Muy de acuerdo	31	43,06
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 10 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número siete del cuestionario la que consiste en: ¿La accesibilidad física de los lugares por los que transito en el hospital es segura. Ejemplos: barreras arquitectónicas, etc.?; de los cuales el 48,61% refirió estar “De acuerdo”; el 43,06% refirió estar “Muy de acuerdo”; mientras que para las respuestas “En desacuerdo” e “Indiferente” se obtuvo un 4,17% respectivamente.

Tabla 11
Infraestructura general.

Pregunta N° 8	N	%
Muy en desacuerdo	0	0
En Desacuerdo	5	6,94
Indiferente	3	4,17
De acuerdo	36	50,00
Muy de acuerdo	28	38,89
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 11 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número ocho del cuestionario la que consiste en: ¿El entorno y los lugares por los que transito en el hospital los considera seguros. Ejemplos, huecos de escaleras, piso deslizante, etc.?; de los cuales el 50,00% refirió estar “De acuerdo”; el 38,89% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 6,94% “En desacuerdo”, y el 4,17% refirió estar “Indiferente” a esta pregunta.

Tabla 12
Transporte sanitario.

Pregunta N° 9	N	%
Muy en desacuerdo	2	2,78
En Desacuerdo	4	5,56
Indiferente	16	22,22
De acuerdo	17	23,61
Muy de acuerdo	33	45,83
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 12 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número nueve del cuestionario la que consiste en: ¿Si ha utilizado transporte sanitario para su traslado, como por ejemplo la ambulancia, los considera seguros?; de los cuales el 45,83% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 23,61% refirió estar “De acuerdo”; el 22,22% refirió estar “Indiferente”; el 5,56% refirió estar “En desacuerdo”, y el 2,78% refirió estar “Muy en Desacuerdo”.

Tabla 13
Percepción usuaria de los cuidados otorgados por el equipo de enfermería.

Pregunta N° 10	N	%
Muy en desacuerdo	0	0
En Desacuerdo	0	0
Indiferente	0	0
De acuerdo	30	41,67
Muy de acuerdo	42	58,33
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 13 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número diez del cuestionario la que consiste en: ¿Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales de enfermería (enfermeras/os y auxiliares)?; de los cuales el 58,33% refirió estar “Muy de acuerdo”; el 41,67% refirió estar “De acuerdo”.

Tabla 14
Presencia de caídas y golpes.

Pregunta N° 11	N	%
Si, con consecuencias graves.	0	0
Si, con consecuencias moderadas.	0	0
Sí, pero no he tenido consecuencias.	2	2,78
No, pero he resbalado.	1	1,39
No	69	95,83
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 14 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número once del cuestionario la que consiste en: ¿He sufrido alguna caída o golpe fuerte durante mi estancia en el hospital (Ejemplos: Me he caído de la cama, me he caído de la silla, he resbalado en el baño, etc.)?; de los cuales el 95,83% refirió estar “No haber sufrido alguna caída o golpe”; el 2,78% refirió haber tenido alguna “Caída o golpe pero sin consecuencias”, mientras que el 1,39% refirió “No haber tenido caída o golpe, pero si haber resbalado”.

Tabla 15
Percepción de medidas preventivas para eventual caída o golpe.

Pregunta N° 12	N	%
Si, con consecuencias graves.	0	0
Si, con consecuencias moderadas.	0	0
Si, con consecuencias leves.	0	0
Si, pero no he tenido consecuencias.	2	2,78
No.	70	97,22
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 15 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número doce del cuestionario la que consiste en: Si por motivo de mi enfermedad he estado inmovilizado en la cama por medio de sujeciones, ¿he sufrido heridas, hematomas o lesiones de diferente consideración?; de los cuales el 97,22% refirió estar “No haber sido inmovilizado por medio de sujeciones” y el 2,78% refirió “Haber sido inmovilizado pero sin consecuencias”.

Tabla 16
Coefficientes de Spearman entre el valor del puntaje total de la escala de percepción y los ítems que la componen (n=72)

Componente	Puntaje total cuestionario Percepción	
	Coefficiente Spearman	p
Puntaje Total	1,000	---
Puntaje Comunicación e información.	0.8841	<0.0001
Puntaje Entorno	0.5888	<0.0001
Puntaje Seguridad	0.4070	0.0004
Pregunta 1	0.5438	<0.0001
Pregunta 2	0.4479	0.0001
Pregunta 3	0.5745	<0.0001
Pregunta 4	0.5487	<0.0001
Pregunta 5	0.5917	<0.0001
Pregunta 6	0.5328	<0.0001
Pregunta 7	0.3205	0.0061
Pregunta 8	0.4632	<0.0001
Pregunta 9	0.4997	<0.0001
Pregunta 10	0.3638	0.0017
Pregunta 11	0.1182	0.3228
Pregunta 12	-0.0143	0.9052

Fuente. Elaboración propia

La tabla 13, nos presenta la correlación existente entre las 12 preguntas específicas del cuestionario de percepción usuaria y el resultado final de la percepción de seguridad del

mismo, por medio del coeficiente de Spearman, donde todas presentan correlación positiva, a excepción de la pregunta 12 que tiene correlación negativa. Comprobándose una congruencia significativa en las 10 primeras preguntas planteadas concernientes a la dimensión de información y comunicación, entorno y seguridad. Respecto a la pregunta referente a si ha sufrido caídas o golpes fuertes durante su estancia hospitalaria, y la pregunta sobre si ha estado inmovilizado en la cama por medio de sujeciones, correspondientes a la pregunta 11 y 12, estas no muestran significación, posiblemente debido a que sus respuestas se orientan en forma contraria al resto de las preguntas, en relación a su orden de adecuación a la percepción de seguridad.

Tabla 17
Suspensión de pruebas diagnósticas

Pregunta N° 13	N	%
Si	5	6,94
No	64	88,89
No sabe	3	4,17
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 17 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número trece del cuestionario la que consiste en: ¿Me han sido suspendidas una o más pruebas diagnósticas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital?; de los cuales el 88,89% refirió que “No le han sido suspendidas pruebas diagnosticas ya programadas”; el 6,94% refirió que “Si” mientras que el 4,17% manifestó “No saber”.

Tabla 18
Suspensión de intervenciones quirúrgicas

Suspensión cirugía	N	%
Si	5	6,94
No	65	90,28
No sabe	2	2,78
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 18 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta numero catorce del cuestionario la que consiste en: ¿Me ha sido suspendida una o más intervenciones quirúrgicas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital?; de los cuales el 90,28% refirió que “No le han sido suspendidas intervenciones ya programadas”; el 6,94% refirió que “Si”, mientras que el 2,78% manifestó “No saber”.

Tabla 19
Derecho de reclamos

Quejas	N	%
Si	2	2,78
No	69	95,83
No sabe	1	1,39
Total	72	100,00

Fuente. Elaboración propia

La tabla 19 muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta numero quince del cuestionario la que consiste en: ¿He presentado quejas, reclamaciones o demandas por haber tenido problemas de seguridad en los cuidados que se me han dispensando en el hospital?; de los cuales el 95,83% refirió que “No ha presentado quejas o

reclamos”; el 2,78% refirió “Haber presentado quejas durante su estancia”, mientras que el 1,39% refirió “No saber”.

Tabla 20
Calificación de dolor del usuario

Dolor según Escala EVA	N	%
0	12	16,67
1	1	1,39
2	0	0
3	4	5,56
4	6	8,33
5	9	12,50
6	5	6,94
7	6	8,33
8	6	8,33
9	3	4,17
10	20	27,78
Total	72	100,00
Promedio	5,958333 puntos.	

Fuente. Elaboración propia

La tabla veinte muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número dieciséis del cuestionario la que consiste en: ¿Califique de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en el hospital?; obteniéndose un promedio de 5,95 puntos para la evaluación de dolor según Escala EVA de los usuarios encuestados.

Tabla 21
Calificación de seguridad del usuario

Grado de seguridad percibido	N	%
0	1	1,39
1	0	0
2	0	0
3	1	1,39
4	1	1,39
5	3	4,17
6	3	4,17
7	9	12,50
8	4	5,56
9	4	5,56
10	46	63,89
Total	72	100
Promedio	8,763889 puntos.	

Fuente. Elaboración propia

La tabla veintiuno muestra las respuestas de los participantes del estudio para la pregunta número diecisiete del cuestionario la que consiste en: ¿Califique de 0 a 10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el servicio/ unidad?; obteniéndose un promedio de 8,76 puntos para la evaluación del grado de seguridad percibido por los usuarios encuestados durante su estadía hospitalaria.

3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según el estudio de “Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal”, realizado en el 2007 por M^a E. Hernández M., A. Ochando G., C. Royuela G., S. Lorenzo M. y F. Paniagua; la mayoría de los pacientes presentaron preocupación por sufrir un error médico el 100% de los pacientes refirió haber sufrido un efecto indeseado como consecuencia de la asistencia, sin embargo los datos obtenidos en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, el 95,83% de los usuarios no presento quejas, reclamos, ni demandas por haber tenido problemas en la seguridad de sus cuidados. En cuanto a la información y comunicación entre el personal y el paciente, el estudio de los pacientes en diálisis peritoneal muestra que el 81% recibió explicaciones respecto a sus tratamientos; en cuanto a la investigación de Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria de San Carlos, los pacientes que recibieron correcta información de sus medicamentos fue de un 81,94%, no obstante el 41,67% de los sujetos no tuvieron ninguna participación en las decisiones del tratamiento sobre su enfermedad.

El mayor porcentaje de los participantes de la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, dio como resultado que no presentaron quejas ni demandas, lo que se sustenta en que la actitud de disculpa y reconocimiento por parte del profesional se considera un elemento clave para el paciente, ya que esto evalúa positivamente las actuaciones existentes de los profesionales de salud, evitando posibles quejas que puedan presentar el usuario o la familia. Respecto a la información, los pacientes demandan una formación de los profesionales en habilidades de comunicación y una mayor participación en el propio proceso asistencial, lo que queda demostrado en la investigación de Percepción de seguridad, ya que la mayoría de los participantes del estudio consideró correcta la información otorgada respecto a los medicamentos, sin embargo un 41,67% menciona no haber tenido participación alguna en las decisiones sobre el tratamiento. Así, los derechos del usuario y la autonomía, necesitan una consideración, ya

que los usuarios que no se encuentran informados no pueden tomar decisiones respecto a su situación de salud.

Según el estudio de “Percepciones de los consumidores de la seguridad en los hospitales”, realizado el 2006 por S. Evans M, I. Berry G, B. J. Smith y A. J Esterman, concluyen que un 74,9% de los pacientes informaron sentir seguridad en su estancia hospitalaria; mientras que los datos obtenidos en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, un 63,89% refirió percepción de seguridad máxima durante su estancia en el servicio y unidad.

Este porcentaje obtenido en la investigación, se basa en que la perspectiva del usuario sobre la seguridad clínica es un concepto que no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como confianza, comunicación, información y participación, lo que el usuario valora en su estancia hospitalaria. Es así como las enfermeras, tienen la necesidad de desarrollar aún más sus habilidades analíticas, de modo que puedan obtener una comprensión más profunda de los cuidados de enfermería desde la perspectiva del usuario, favoreciendo una mejor percepción de este.

En el estudio de “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias”, realizado en el año 2011, por F. Roqueta E., S. Vecina, M. Chanovas B, la nota media que puntuaron los pacientes sobre el nivel de seguridad hospitalario, es de 6,1 puntos (de una calificación máxima de 10 puntos), mientras que en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, la nota media que puntuaron los pacientes fue de un 8,7 (de una calificación máxima de 10 puntos).

La calificación obtenida en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, es mayor a comparación con el estudio mencionado, esto se basa en que la preocupación de la calidad asistencial va más allá de las exigencias propias del profesional de salud en relación a cumplimientos de estándares de calidad, por lo que el paciente evalúa la calidad de la atención de salud no sólo valorar el resultado final (si se cura o no), sino también en función de sus necesidades, expectativas y experiencias.

Según el estudio “Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria”, realizado por J. Mira Solves; J. M. Aranaz.; J. Vitaller Burillo; M° T Gea Velázquez, en el año 2009; un 41% afirmaron haber participado en las decisiones sobre su tratamiento, mientras que en la investigación de Percepción de la seguridad usuaria hospitalaria en San Carlos, un 58,33% de los usuarios participaron en las decisiones sobre su tratamiento. En cuanto a la información del tratamiento y sus posibles efectos, el estudio de “Percepción de seguridad de cirugía ambulatoria”, un 90% afirmaron recibir suficiente información, mientras que en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos” un 81,84% se sintió seguro con la información que le habían otorgado. Sobre el consentimiento o autorización para realizar alguna intervención o prueba, en el estudio de Percepción de seguridad de cirugía ambulatoria, un 82,4% reconoció haber sido informado con claridad sobre la intervención a realizar, mientras que en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, un 63,89% refirió que le habían explicado y aclarado sus dudas frente a esta situación.

Los resultados obtenidos en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, se sustenta en que el consentimiento informado para los usuarios adultos hospitalizados, es de carácter voluntario después de recibir información adecuada acerca de los beneficios, riesgos y cualquier otro tratamiento sustituto para tomar una decisión informada. De este modo, los profesionales sanitarios tienen la obligación de informar adecuadamente al usuario de los procedimientos planificados y tener la seguridad de autorización de este antes de su actuación, así, los derechos del usuario y la autonomía, necesitan una consideración ya que los usuarios que no se encuentran informados no pueden tomar decisiones bien pensadas. Este consentimiento debe ser obtenido para todos los procedimientos en conjunto con el consentimiento verbal, este último siendo suficiente para la mayoría, especialmente para los procedimientos de enfermería.

El estudio de “Nuevas perspectivas sobre los bien conocidos problemas: en la experiencias de los pacientes y la percepción de seguridad en Suiza”, realizado por David

L.B. Schwappach, Olga Frank, Marc-Anton Hochreutener, en el año 2011, el 92% de los pacientes calificó la comunicación el trato y la atención de los profesionales como muy honesta y abierta, en cuanto a la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, un 98,61% refirió haber sentido buen trato y amabilidad de parte de los profesionales de salud.

El porcentaje obtenido en la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, y el del estudio de “Percepción de seguridad en Suiza” son similares, estos porcentajes se pueden sustentar en que las experiencias positivas de los pacientes en relación con el trato y la empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares. Al mismo tiempo los pacientes pueden aportar información sobre los aspectos relacionados con el grado de información recibida, la percepción en cuanto al grado de responsabilidad del personal, el trato recibido por el personal, la transparencia de la información recibida, y en definitiva la percepción global de la seguridad de los servicios sanitarios, es por esto que se hace de suma relevancia un buen trato con el usuario y familiares, ya que estos son la base para un buen diagnóstico sobre la agilidad del sistema hospitalario en el que se encuentran insertos.

Según el estudio “Percepción de Seguridad en la decisión del Paciente Quirúrgico: Relación con la Información previa recibida”, de los autores Ariño Lambea P; Cortada Almirall V; Castillo Monsegur J; Escolano Villén F; Sala Serra, M Fonte, en el año 2008; un 61,6% refirieron participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento, mientras que en la investigación de “Percepción usuaria de seguridad hospitalaria del Hospital de San Carlos”, un 58,33% manifestaron estar conformes con su participación en las decisiones sobre el tratamiento de su enfermedad.

Un menor porcentaje se presentó respecto del estudio de “Percepción de Seguridad en la decisión del Paciente Quirúrgico”, dio la investigación la investigación de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, esto basa sus resultados en que las percepciones de las enfermeras/os y usuarios difieren en relación con la cantidad de

información que se obtiene, lo que permite la toma de decisiones y el consentimiento informado para los procedimientos de enfermería durante la hospitalización, es por esto que los enfermeros deben considerar dar a los usuarios más información acerca de las necesidades primarias físicas y actividades relacionadas con los cuidados de enfermería. Es por esto que es fundamental la información que otorgue el profesional de enfermería, ya que esto le otorga seguridad al usuario para que tome de forma independiente las decisiones sobre lo que es mejor para el tratamiento de su enfermedad, y por consiguiente dándole mayor seguridad y mayor comodidad en su estancia hospitalaria.

El estudio de “La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado, proyecto SENECA”, realizado por el Ministerio de sanidad y política social, del año 2010; en cuanto a los factores socio demográficos, la edad fue más predominante en un promedio de 56 años, un 13,6% de los usuarios no tenía estudios, un 67,4% no presentaba estudios básicos, mientras que un 19,1% tenía estudios universitarios; en cuanto a la investigación de Percepción usuaria de seguridad hospitalaria de San Carlos, la edad de mayor predominio oscilaba entre los 40 y 64 años, mientras que la escolaridad un 12,33% no presentaba estudios de ningún tipo, un 53,42% presentaba estudios básicos y un 8,22% presentaba estudios universitarios.

En el estudio de La seguridad del proyecto SENECA, el 82% de los encuestados refieren que han sido correctamente informados al ingreso del recinto hospitalario, mientras que en la investigación de percepción de seguridad hospitalaria de San Carlos este porcentaje de percepción alcanzó un 88,9. En el proyecto SENECA, el 80% de los pacientes perciben accesible y seguro el entorno hospitalario mientras que la investigación de Percepción de Seguridad de san Carlos, un 88,9% refiere lo mismo. En el proyecto SENECA un 94,3% de los pacientes se sienten seguros con la atención que le otorgan los profesionales responsables de sus cuidados, a diferencia de la percepción de los usuarios de San Carlos, de los cuales un 100% se sienten seguros con los cuidados brindados. Los pacientes que perciben un trato amable y empático son un 93,4% en el estudio del proyecto SENECA, en comparación con la percepción obtenida de los usuarios del Hospital de San Carlos que corresponde a un 98,61%. Los que perciben haber participado en las decisiones sobre sus tratamientos son un 65,9% en proyecto SENECA y un 58,33% en la investigación

realizada en el Hospital de San Carlos. Sobre la correcta información del tratamiento farmacológico un 78,6% refiere estar de acuerdo o muy de acuerdo con la información entregada a diferencia con el 81,94% percibido en los usuarios hospitalizados de San Carlos.

En relación a la correcta información entregada sobre intervenciones quirúrgicas, cuidados o pruebas a las que los pacientes fueron sometidos, la respuesta supera el 85%, en comparación al 63,9% de los usuarios de la investigación de Percepción usuaria de seguridad de San Carlos. Sobre la correcta información de cuidados al alta de los pacientes un 83,3% la refiere como adecuado y muy adecuado, a diferencia a un 65,28% de la investigación de los usuarios hospitalizados de San Carlos. Los resultados de pacientes que perciben adecuados y seguros los transportes sanitarios alcanzan el 68,4%, en tanto que en el hospital de San Carlos alcanza un 69,44%.

El indicador sobre pacientes que han sufrido caídas o golpes fue de un 3,6%, de los cuales un 6,8% tuvieron consecuencias graves y un 21,7% consecuencias moderadas, en comparación con un 95,83% de la investigación percepción usuaria de seguridad de San Carlos, que refirieron no haber sufrido caídas ni golpes durante su estancia hospitalaria, mientras que un 2,78% refiere haber caído pero sin consecuencias y un 1,39% refiere haber resbalado. El indicador de contención física en el Proyecto SENECA fue de un 6%, de los cuales un 0,4% refirieron daños graves como consecuencia, un 1,2% daños moderados y 2,1% daños leves, mientras que para la investigación del Hospital de San Carlos no hubo usuarios inmovilizados a causa de su enfermedad. Los resultados sobre la percepción que tienen los pacientes sobre su seguridad en una escala de 0 a 10 puntos la media se sitúa en 8,37 para el estudio SENECA y de un 8,76 para la investigación del Hospital de San Carlos. La valoración media del dolor de los pacientes fue de igual o superior a 4 en una escala de 0 a 10 puntos en el proyecto SENECA, mientras que el promedio de la investigación de percepción usuaria de seguridad fue de 5,9 puntos.

Los resultados de la investigación de Percepción usuaria del Hospital de San Carlos, no fueron tan discordante con los del estudio SENECA, más bien sus resultados fueron similares, basándose los resultados, en que las experiencias positivas de los pacientes, en relación con el trato y la empatía, son los aspectos más valorados por

pacientes y familiares, y que por lo tanto, representan uno de los predictores de satisfacción y de percepción de seguridad más importante. Los usuarios desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y, para ello, requieren mayor información, además priorizan y valoran de manera significativa, que los profesionales les hablen claro y que les informen con palabras que entiendan. Otro aspecto que influye decididamente en la calidad y la seguridad son los estilos de práctica de los profesionales. Dentro de estos estilos se destaca el que promueve al paciente para que pregunte, para que manifieste sus dudas o temores, donde el profesional capacitará al paciente para afrontar su proceso y conocer mejor su enfermedad. Si el profesional de enfermería realiza un inadecuado manejo del dolor, se tendrá como consecuencias problemas como: dolor patológico de larga duración (dolor crónico); trastornos en el funcionamiento de los sistemas cardíaco, respiratorio, digestivo, inmunológico y endocrino. No se puede olvidar que al controlar el dolor agudo se obtienen múltiples beneficios: mejoría de la función pulmonar postoperatoria, disminución de la estancia hospitalaria, disminución de la mortalidad, atenuación de la respuesta al estrés, mejor respuesta metabólica al trauma, mantenimiento de la inmunocompetencia, movilización temprana del paciente, con la consecuente disminución de la incidencia de complicaciones tromboembolias, mayor economía del tratamiento global, etc. Los datos que ofrece el indicador de dolor ponen de manifiesto que una cantidad considerable de pacientes, sufren dolor, que puede ser evitable durante su hospitalización. Se ha demostrado que en muchos casos las terapias usadas no fueron exitosas para prevenir la aparición y en control del dolor. La planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados de calidad y que contribuye a la seguridad de los pacientes, es por esto que la información otorgada en un alta es de suma importancia, siendo el profesional de enfermería el protagonista para otorgar una educación de calidad y completa al usuario.

Según el estudio de “Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios”, realizado en España el año 2010 por el Ministerio de sanidad, un 91,7% de los pacientes incluidos en el estudio afirmaron estar muy o bastantes

seguros con la atención sanitaria brindada, mientras que la investigación de Percepción usuaria de seguridad hospitalaria de San Carlos fue de un 98,61%.

Se puede analizar que hay un alto porcentaje de usuarios del hospital de San Carlos que se sienten muy seguros con respecto a la seguridad que le brinda el hospital durante su estadía, llegando casi al 100%. Se puede observar que la ausencia de cultura de seguridad y calidad entre los profesionales sanitarios, la ausencia de información y sistemas de registro y análisis de incidentes, así como la falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos dentro de la gestión global de la asistencia sanitaria, son algunos puntos críticos en el sistema sanitario que repercuten en la seguridad del paciente. Las investigaciones sobre seguridad del paciente ayudan a los profesionales de la atención sanitaria a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes. Todo esto permite adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria, la estimación del número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención sanitaria, la identificación de los eventos adversos registrados son esenciales para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades.

IV.- CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

4.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el estudio, se puede concluir que :

- El 98,61% de los participantes del estudio tuvieron una “Buena” percepción de seguridad.
- El sexo predominante fue el femenino con un 52,05%.
- En el relación al estado civil, el 61,64% refirió estar casado.
- La edad promedio fue, 55,76 años.
- Respecto a la escolaridad, el mayor porcentaje se presentó en el rango de estudios básicos con un 53,42%.
- En relación al tipo de previsión de salud, un 93,15% pertenecía a Fonasa.
- El 61,64% refirió ser de zona rural.
- Un 50% refirió estar bien informado sobre las normas del recinto.
- En cuanto a la asertividad y trato hacia el usuario un 70,83% refirió buen trato.
- Un 25% indicó no tener participación en las decisiones sobre su tratamiento.
- El 63,89% indicó haber aclarado todas sus dudas al momento de firmar el consentimiento informado.
- Al referirse a la infraestructura del centro hospitalario, el 91,67% señaló sentirse seguro.
- El 69,44% se siente seguro al utilizar el transporte sanitario.
- En cuanto los cuidados otorgados por el profesional de enfermería, el 100% señaló sentirse seguro con estos.
- Un 95,83% indico no haber sufrido ningún tipo de caída o golpe dentro del recinto hospitalario.
- Respecto a las quejas o demandas, el 95,83% indicó no haber presentado ningún tipo de reclamo.
- El promedio de calificación de seguridad hospitalaria fue de 8,76 puntos de un máximo de 10 puntos.

4.2 SUGERENCIAS

- Se consideró a todo usuario hospitalizado independiente de los días que este se encontrara en el servicio. Para próximos estudios se sugiere no evaluar a usuarios que se encuentren próximos al alta, ya que puede predisponer una alteración al momento de responder el cuestionario.
- La aplicación del cuestionario se realizó a los usuarios hospitalizados en los servicios de estudio. En futuras investigaciones se deberían considerar aplicar encuestas a los acompañantes de los usuarios, para tener otro punto de referencia de la percepción de seguridad hospitalaria.
- La aplicación del cuestionario se realizó en los servicios de Cirugía y Medicina del hospital San Carlos. Para próximos estudios se sugiere continuar con la aplicación del instrumento, en los diversos servicios hospitalarios de modo que se logre obtener una visión más global respecto a la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria.

4.3 LIMITACIONES

El estudio de “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos”, realizado por las tesis, en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos tuvo las siguientes limitaciones:

- Intimidación del usuario al momento de responder el cuestionario, debido a la presencia de personal de salud en la sala.
- Limitaciones durante el horario de visita, debido a que al momento de aplicar el cuestionario, algunas veces, los familiares intentaban interferir en las respuestas o preguntas del instrumento.
- Escasa rotación de pacientes hospitalizados en los servicios de estudio lo que conllevó a una reducida población para el estudio.

V.- BIBLIOGRAFIA

(1) Rivera Alvares Luz; Trina, Alvaro. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del country [en línea]. Bogotá, Colombia, 2006. Disponible en <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf>. [Consulta 06 Mayo 2012].

(2) Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo en enfermería [en línea]. Florianópolis, España, 2006. Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000500019&script=sci_arttext>. [Consulta 06 Mayo 2012]. ISSN 0104-0707

(3) Watson, Jean. Nursing: the philosophy and science of caring. Associated University Press [en línea]. Estados Unidos, 1985. Disponible en <<http://www.upcolorado.com/excerpts/9780870819797.pdf>> [consulta: 10 octubre 2011].

(4) Morales Rivas, Martha; Carvajal Garcés. Carola. Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa [en línea]. México, 2007. Disponible en <<http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp76/V.19N29-2008--24-28.pdf>> [consulta: 07 Mayo 2012].

(5) Raduenz A.C., Hoffmann P., Radunz V., Dal Sasso G.T, M., Maliska I.C. A., Marck P.B. Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica [en línea]. Canadá, 2010. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_02.pdf>. [Consulta 15 de Mayo 2012].

(6) Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud [en línea]. Chile, 2010. Disponible en

<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles7318_recurso_1.pdf>. [Consulta 22 de Julio 2012].

(7) Médicos y pacientes. La Atención Primaria tiene un papel básico en la seguridad del paciente [en línea]. Madrid, España, 2008 Disponible en <http://www.medicosypacientes.com/noticias/2008/06/08_06_26_atencionprimaria> [consulta 23 abril 2012]

(8) Gonzales Julie, Quintero Diana. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención [en línea]. Pontificia universidad Javeriana, Bogotá, 2009. Disponible en <<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>> [consulta 16 mayo 2012]

(9) Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar [en línea]. Universidad del Rosario, 2006. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972006000100006&script=sci_arttext> [consulta 23 abril 2012]. ISSN 1657-5997

(10) Velásquez M. Soledad. Acreditación de Calidad en Salud [en línea]. Superintendencia de salud, Santiago de Chile, Diciembre 19 de 2011. Disponible en <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>> [consulta 18 mayo 2012].

(11) Ministerio de salud, Gobierno de Chile, subsecretaria de redes asistenciales. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente [en línea]. Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/g_gabinete/calidadyseguridad.html>. [Consulta 18 mayo 2012]

(12) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [en línea]. España, 2009. <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7102_recurso_1.pdf> [consulta 20 mayo 2012]

(13) Davis, P; Lay-Yee, R; Briant, R; Schug, S; Scott, A; Johson, S & Bingley, W. eventos adversos en los hospitales de Nueva Zelanda Públicas: Principales conclusiones de una encuesta nacional [en línea]. Nueva Zelanda, 2003. Disponible en <<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=936852254828676;res=IELHEA>>.[consulta 20 mayo 2012] ISBN: 0975101307.

(14) Liliam Romero Ameri. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [en línea]. Universidad nacional mayor de san marcos, Lima, Perú, 2008. Disponible en <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/romero_al/pdf/romero_al.pdf>. [Consulta 26 junio de 2012].

(15) López Diana, Ríos Sandra, Vélez Luz. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención [en línea]. Medellín, Colombia, 2008. Disponible en <<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>>. [Consulta 26 junio de 2012].

(16) Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente [en línea]. Francia, 2008. <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf> [consulta 23 mayo 2012].

(17) Universidad Finis Terrae, nutrición y dietética. Calidad y Seguridad Clínica [en línea]. <<http://nutricion.finisterrae.cl/index.php/postgrados/item/seguridad-clinica> > [consulta 23 mayo 2012].

(18) Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente [en línea]. Francia, 2008. <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf> [consulta 23 mayo 2012]. ISSN 0864-0319

(19) OMS, Consejo ejecutivo. Calidad de la atención: seguridad del paciente [en línea]. 2001. Disponible en <<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf> > [Consulta 03 Julio 2012]

(20) Agüero S., Klijn T. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS [en línea] Chile, 2010 Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci_arttext>. [Consulta: 22 de Junio 2012].

(21) Pincheira S., CODIGO DE ETICA [en línea] Chile, 1991. Disponible en <<http://www7.uc.cl/enfermeria/html/noticias/doc/codetica.pdf>>. [Consulta: 19 de Junio 2012].

(22) Torres M., Urbisa O. Funciones y Competencias en enfermería [en línea] Cuba . Disponible en <<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-01--1-es-50---20-about---00031-001-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASHd91bda91d349d7f3383e04.5.2.2>>. [Consulta: 22 de Junio 2012].

(23) Urbina Laza, Omayda. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente [en línea]. Cuba, 2011. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s086403192011000300008&tlng=>> [consulta: 20 Junio 2012]. ISSN 0864-0319

(24) Ramirez M. ORIENTACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE [en línea]. Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/Evaluacion_tecnologias_salud/ORIENTACIONES_PARA_LA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf>. [Consulta: 21 de Junio 2012].

(25) Leon C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado [en línea] Cuba, 2006. Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html>. [Consulta: 22 de Junio 2012].

(26) Tomasina F., Gomez F. Accidentes laborales en el Hospital de Clínicas [en línea] Uruguay, 2001. Disponible en <<http://es.scribd.com/doc/55551906/Accidentes-Laborales-en-HC>>. [Consulta: 22 de Junio 2012].

(27) Caberlo B, Romero M, Casas F, Ruiz T, Rodríguez S. Teoría del cuidado enfermero desde la perspectiva psicosocial. Revista cuidados de la cultura, Madrid, España 1997. Disponible en <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf>. [Consulta 26 junio de 2011].

(28) Pérez F. La teoría del cuidado humano de Watson [en línea]. El correo de AENTDE, Barcelona, 2003. Disponible en <[http://www.aentde.com/pages/correo/ca_200362/!](http://www.aentde.com/pages/correo/ca_200362/)>. [Consulta 26 junio de 2011].

(29) González G., Rosa M., Bracho C., Zambrano A., Marquina M., Guerra C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de las profesiones de salud [en línea]. Revista

comunidad y salud, Venezuela, 2008. Disponible en <<http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>>. [Consulta 15 junio de 2011].

(30) Poblete M. Valenzuela S. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios [en línea]. Acta Paulista de Enfermagem. Talca, Chile, 2007. Disponible en <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>>. [Consulta 13 de mayo 2012].

(31) Valverde C. Enfermería centrada en los significados del paciente: la importancia de la filosofía para enfermería [en línea]. Revista norte de salud mental, Barcelona, España, 2007. Disponible en <http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf>. [Consulta 15 de mayo 2012].

(32) Rosenthal GE, SE Shannon. El uso de las percepciones del paciente en la evaluación de los sistemas de atención de la salud [en línea]. Departamento de Medicina, Cleveland, USA, 1997. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366880>>. [Consulta 15 de mayo 2012].

(33) Mahjoub, Rouhangiz y Rutledge, Dana. Las percepciones de consentimiento informado para las prácticas de atención: pacientes hospitalizados y personal de enfermería [en línea]. EE.UU, 2008. Disponible en <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947208002712> > [consulta: 09 Mayo 2012].

(34) Burkhard, Jan-Karl; Burkhardt ,Werner Frederick t; Estaño, Olivier Pascal; Bozinov, Oliver; Bertalanffy Helmut. Los requisitos de la declaración de riesgos de las alternativas de tratamiento en el ejemplo de los aneurismas cerebrales Intracerebral aneurisma - las opciones de tratamiento, el consentimiento informado, y los aspectos jurídicos [en línea]. Suiza, 2011. Disponible en <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189709001281>>. [Consulta: 09 Mayo 2012].

(35) Carpenito, L.J. Diagnósticos de Enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª Ed. Madrid: MCGraw-Hill-Interamericana de España, 2003.

(36) Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria [en línea]. Revista Calidad Asistencial. España, 2002. Disponible en <<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/causas-satisfaccion-insatisfaccion-los-pacientes-hospitales-atencion-13034110-originales-2002>>. [Consulta 03 Julio 2012]. ISSN 1134-282X

(37) García Emilio. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales [en línea]. Universidad de Cádiz, España, 2007. Disponible en <<http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf>>. [Consulta 03 Julio 2012].

(38) Calidad de la percepción recibida por los pacientes hospitalizados a través de la comunicación terapéutica sensorial [en línea]. Rev. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), España, 2011. Disponible en <<http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/848/867>>. [Consulta 19 Julio 2012]. ISSN: 1989-5305.

(39) Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios [en línea]. RFM v.23 n.2, Caracas, Venezuela, 2000. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692000000200004&script=sci_arttext>. [Consulta 19 Julio 2012]. ISSN 0798-0469 (A)

(40) Dr. Edgar Sarmient, Proceso para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas [en línea] Colombia 2009 Disponible en <<http://ocsav.info/paquetes/CAIDAS.pdf>> [consulta: 6 de Abril 2012]

(41) Cardona Elkin F.; Castaño Martha; Maired Aida; Castro Gustavo. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín [en línea]. Medellín, Colombia, 2003. Disponible en <http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/2003/vol_2/pdf/Manejo%20del%20dolor.pdf>. [Consulta 03 Julio 2012].

(42) P. Simón, I.M. Barrio, C.M. Sánchez, M.I. Tamayo, A. Molina, A. Suess, J.M. Jiménez . Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización [en línea]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España, 2007. Disponible en <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30n2/original1.pdf>>. [Consulta: 06 Mayo 2012].

(43) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios [en línea]. España 2010 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf> [consulta 20 mayo 2012].

(44) Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica [en línea]. Medicina clínica, 2000; 114 (Supl 3), 26-33. Disponible en <http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf>. [Consulta: 15 de Mayo del 2012]

(45) Quintero Angarita José Rafael. Teoría de las necesidades de Maslow [en línea]. Venezuela, 2011. Disponible en <<http://paradigmaseducativosuft.blogspot.com/2011/05/figura-1.html> > [consulta: 20 Junio 2012].

(46) Seguridad de los pacientes, Un compromiso de todos para un cuidado de calidad [en línea]. Barranquilla, Colombia, 2007. Disponible en <

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522007000100011&script=sci_arttext >.
[Consulta: 07 Mayo 2012]. ISSN 0120-5552

(47) Aranaz J., Aibar C., Galán A., Limón R., Requena J., Álvarez E., T. Gea M. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica [en línea]. España, 2006. Disponible en <<http://www.sespas.es/informe2006/p1-5.pdf>>.
[Consulta: 22 de Junio 2012].

(48) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios [en línea]. España, 2010 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf> [consulta 20 mayo 2012].

(49) Miraa J.J., Aranaza J.M., Vitallera J., Ziadia M., Lorenzob S., Rebasac P. Aibar-Remónd, C. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria [en línea]. Madrid, España, 2008. Disponible en <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v131nSupl.3a13132769pdf001.pdf>>. [Consulta: 08 Mayo 2012].

(50) Mahjoub, Rouhangiz y Rutledge, Dana. Las percepciones de consentimiento informado para las prácticas de atención: pacientes hospitalizados y personal de enfermería [en línea]. EE.UU, 2008. Disponible en <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947208002712> > [consulta: 09 Mayo 2012].

(51) La comunicación de suspensión de cirugía pediátrica: los sentimientos de los familiares involucrados en el proceso [en línea]. Rev. Soc. Esp. Enfermería, Nefrol v.11 n.3. Madrid, España, 2008. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752008000300006&script=sci_arttext>.
[Consulta: 09 Mayo 2012]. ISSN 1139-1375

(52) Seclén-Palacin J., Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados [en línea]. Perú, 2000. Disponible en <<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n2/a07v66n2.pdf>>. [Consulta: 15 de Mayo del 2012].

(53) López E., Findling L., Abramzón M. Desigualdades en la Percepción de Morbilidad y en las Conductas frente al Cuidado de la Salud [en línea]. Buenos Aires, Argentina, 2005. Disponible en <<http://www.med.unne.edu.ar/catedras/saludpub/materiales/009.pdf>>. [Consulta 15 de Mayo del 2012].

(54) Mira JJ, Aranaz J., La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica [en línea], 2000; 114 (Supl 3):26-33., Disponible en <http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf> [consulta: 15 de Mayo del 2012]

(55) Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México, [en línea], Citlali García-Gutiérrez, Irma Cortés-Escarcéga, *Rev CONAMED* 2012; 17(1):18-23, [consulta: 25 de mayo del 2012].

(56) Dr. V. Olazo, Dr. C. Martínez Cevallos, Dr. S. Saco Méndez; Satisfacción del usuario de los Servicios de Hospitalización del Hospital de Apoyo N° 1 - MINSA - Cusco de Noviembre de 1999 a Enero del 2000 [en línea]; Disponible en <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2000_n16/satisfaccion.htm> [consulta: 18 de Julio del 2012].

(57) M. J. Bellenzier, E.E. González; “Satisfacción usuaria en dos centros hospitalarios de Caaguazú durante el segundo semestre del año 2010”; [en línea], issn 2218-0559, [consulta: 25 de mayo del 2012].

(58) Hoffmeister L, Guerrero A; Debrott D.; González C.; Medina B.; Aguilera X. ¿Estamos satisfechos con nuestra previsión de salud y con las atenciones de salud que recibimos?: Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud [en línea]. Santiago, Chile, 2007. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=571863&indexSearch=ID>. [Consulta: 15 de Mayo del 2012]

(59) Ministerio de Salud. Subsecretaria de redes asistenciales. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente [en línea]. Santiago, Chile. Disponible en http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/g_gabinete/calidadyseguridad.html. [Consulta: 22 Junio 2012].

(60) Fanny Cisneros G.; Teorías y modelos de enfermería, Colombia, 2005; [en línea], Disponible en <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>; [Consulta: 19 de Julio 2012].

(61) Enfermería actual. Teoría de Faye Glenn Abdellah de los veinte y uno problemas de enfermería [en línea]. Disponible en http://currentnursing.com/nursing_theory/abdellah.html. [Consulta 26 diciembre del 2011]; última actualización 31 de octubre 2011.

(62) Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal [en línea]. Unidad de Diálisis, Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, 2008. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752008000300006&script=sci_arttext. [Consulta 10 abril]. ISSN 1139-1375

- (63) Percepciones de los consumidores de la seguridad en los hospitales [en línea]. Universidad de Adelaide, Australia, 2006. Disponible en: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/41>> [Consulta 13 abril].
- (64) Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español [En línea]. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Vol. 23, Nº. 5, 2011, págs. 356-363. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3769730>> [Consulta 20 abril]. ISSN 1137-6821.
- (65) Mira Solves, José Joaquín; Aranaz Andrés, Jesús M.; Vitaller Burillo, Julián; Gea Velázquez De Castro, M. Teresa. Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria [en línea]. Revista de cirugía española, paginas 85:179-80, vol.85, núm. 03. España, 2009. Disponible en <<http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-esp%C3%B1ola-36/percepcion-seguridad-los-pacientes-cirugia-ambulatoria-13134939-cartas-cientificas-2009>> [Consulta 24 abril 2012].
- (66) Nuevas perspectivas sobre los bien conocidos problemas: las experiencias de los pacientes y la percepción de seguridad en Suiza [en línea]. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung Qualität und im Gesundheitswesen, Volumen 105, Número 7, 2011, Páginas 542-548. Disponible en línea: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921710001832>> [Consulta 26 abril 2012]
- (67) Ariño lambea, p; cortada almirall, v; castillo monsegur, j; escolano villén, f; sala serra, Percepción de Seguridad en la decisión del Paciente Quirúrgico: Relación Con La Información previa recibida / La percepción del Paciente de Certeza sobre la decisión de someterse al estilo de cirugía y la relación entre la certeza y la información previa recibida [en línea]. Rev. Esp. Anestesiol reanimación, numero 55, paginas 468-474, octubre de

2008. Disponible en: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/ibc-59188>>.[Consulta 27 abril 2012].

(68) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado, proyecto SENECA [en línea]. España, 2010.<<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf> > [consulta 20 mayo 2012]

(69) Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios [en línea]. España 2010 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf> [consulta 20 mayo 2012].

(70) Castelo Laura, Canalejo Juan, Coruña A. Escala de coma de Glasgow [en línea]. Medicina interna de Galicia, España, Febrero, 2011. Disponible en <<http://www.meiga.info/Escalas/Glasgow.pdf>> [consulta 15 mayo 2012].

(71) Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA [en línea]. Madrid, España, 2010. Disponible en: <<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>> [consulta 20 abril 2011].

(72) Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA [en línea]. Madrid, España, 2010. Disponible en: <<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>> [consulta 20 abril 2011].

VI.- ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLES	CATEGORIZACIÓN	DEFINICIONES		ESCALA	OBJETIVO	INSTRUMENTO A UTILIZAR
		Conceptual	Operacional			
Percepción usuaria de la seguridad	Buena Regular Mala	Proceso psicológico del usuario donde existe una interpretación y conocimiento de las cosas y hechos con respecto a la seguridad otorgada	Fue conformado por tres dimensiones: - Información /Comunicación - Entorno - Seguridad. Luego el puntaje se categorizó en los siguientes tramos: -Buena (45-60 puntos.) -Regular (29-44 puntos.) -Mala (12-28 puntos.)	Intervalar	Determinar la percepción de seguridad de los usuarios en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.
Edad	Años	Tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento; y el día, mes y año en que se registró el hecho vital (INE).	En años cumplidos se categorizaron en: 15-39 años 40-64 años 65 o más años	Razón / Ordinal	Determinar la edad promedio de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.	Hoja de Recolección de los Antecedentes Socio demográficos del usuario.

Sexo	Masculino femenino	Característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres (INE).	Se consideró: - Sexo femenino - Sexo masculino	Nominal	Determinar el sexo predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.	Hoja de Recolección de los Antecedentes Socio demográficos del usuario
Estado civil	Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Se entendió como: - Soltero/a (que no está casado.) - Casado/a (quienes hallan concertado su unión entre hombre y mujer, mediante ritos o formalidades legales.) - Separado/a (separación jurídica intermedia entre el matrimonio y el divorcio.) - Viudo/a (persona cuyo conyugue ha fallecido.)	Nominal	Determinar el estado civil predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.	Hoja de Recolección de los Antecedentes Socio demográficos del usuario

Previsión de Salud	FONASA ISAPRE Otros	Protección que da la sociedad económicamente activa, en los cuales los usuarios se clasifican según sus ingresos y de acuerdo a esto se ofrecen las prestaciones.	Se consideraron los grupos de FONASA(perteneciente al Fondo Nacional de Salud) -ISAPRE (persona que se afilia a una Isapre como a las cargas que esta incluya en su plan) -Otras (DIPRECA, CAPREDENA)	Ordinal	Determinar la Previsión de salud predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.	Hoja de Recolección de los Antecedentes Socio demográficos del usuario
Nivel de Escolaridad	Sin estudios Básico. Media. TP/Profesional.	Cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.	Se consideró los años de estudios formales. Luego se categorizó en los siguientes rangos - Sin estudios: 0 años. - Básico: 1 a 8 años de estudios. Media: 9 a 12 años de estudios. -TP/Profesional: 13 años o más	Ordinal	Determinar el nivel educacional promedio de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.	Hoja de Recolección de los Antecedentes socio Demográficos del usuario

			de estudios formales.			
Zona de residencia	Urbano Rural	Lugar geográfico donde la persona habita.	Se consideraron las categorías de -Urbano -Rural	Nominal	Determinar la zona de residencia predominante de los usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina.	Hoja de Recolección de los Antecedentes Socio demográficos del usuario

Covariables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
		Conceptual	Operacional			
Información-Comunicación	Información de normas.	Conjunto de reglas que deben ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto a la comunicación y entrega de información de los profesionales de la salud.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.
	Asertividad en la comunicación.	Habilidad social que indica la capacidad para poder expresarse socialmente de forma adecuada.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto a la comunicación asertiva en la relación usuario-profesional.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
	Participación en la toma de decisiones.	Proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de su participación en la toma de decisiones de su tratamiento.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.

	Consentimiento o autorización y su aclaración de dudas.	Derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones de parte del enfermo o su familia en caso de no ser competente y la correcta y completa entrega de información.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de la información entregada al firmar un consentimiento informado.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
	Consentimiento informado.	Derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones de parte del enfermo o su familia en caso de no ser competente.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de la información entregada al firmar un consentimiento informado.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.
Entorno	Accesibilidad física del recinto hospitalario	Facilidad para hacer ingreso a las dependencias físicas de un lugar o espacio físico.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción del usuario respecto a la accesibilidad física dentro del recinto durante su hospitalización.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes

	Entornos y lugares de tránsito dentro del recinto hospitalario.	Conjunto de elementos que están considerados para que una organización pueda funcionar o para que una actividad se desarrolle con la mayor protección posible.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción del usuario respecto a la infraestructura general del recinto hospitalario.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
	Transporte seguro	Acción y efecto de transportar cosas de un lugar a otro sin inconvenientes.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del traslado en las ambulancias hospitalarias.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.
Seguridad	Percepción usuaria de los cuidados.	Proceso psicológico del usuario donde existe una interpretación y conocimiento de los cuidados otorgados.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto de los cuidados entregados.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.

	Caídas o golpes	Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario sobre las medidas para una eventual caída.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes.
	Medidas de contención	Medida preventiva utilizada para las caídas.	Se consideró como: -Muy en desacuerdo -En desacuerdo -Indiferente - De acuerdo -Muy de acuerdo	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario sobre las medidas preventivas otorgadas para una eventual caída.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
Aspectos generales	Suspensión de pruebas diagnosticas ya programadas	Detención temporal o indefinida de una evaluación diagnostica	Se consideró como: SI – NO – NO SABE	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del proceso de atención.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
	Suspensión de intervenciones quirúrgicas ya programadas	Detención temporal o indefinida de una intervención	Se consideró como: SI – NO – NO SABE	Ordinal	Identificar la percepción del usuario respecto la suspensión de intervenciones	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes

					quirúrgicas.	
	Derecho de formular reclamos	Facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor.	Se consideró como: SI – NO – NO SABE	Ordinal	Identificar la percepción de seguridad del usuario respecto del derecho de formular reclamos	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
	Calificación al grado de dolor percibido por el usuario	Referencia a un tipo de nota o valor que el otorga el usuario a su grado de dolor.	Se consideró como: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Ordinal	Conocer la calificación de dolor según la percepción del usuario.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes
	Calificación de seguridad del usuario	Referencia a un tipo de nota o valor que el otorga el usuario a su seguridad.	Se consideró como: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Ordinal	Conocer la calificación de la seguridad según la percepción del usuario.	Cuestionario sobre la percepción de seguridad de los pacientes

ANEXO 2

OFICIO N° /2012

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, 04, MAYO de 2012

A: **DR. Moisés Retamal Vejar**
Director – Hospital San Carlos Ñuble

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**
Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bio-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada **“Percepción usuaria de la seguridad Hospitalaria en usuarios hospitalizados en los Servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos - Ñuble”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- Jara Nuñez Akito Veruska RUT: 17.499.737-3
- Molina Fernández Loreto del Pilar RUT: 17.423.138-9
- Sepúlveda Espinoza Varina Violeta RUT: 16.925.943-7
- Venegas Norambuena Claudia Alejandra RUT: 17.449.199-2

Académico Guía:

Molina Escalona Carmen Gloria RUT: 8.720.293-3

Propósito de la Tesis:

Identificar la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012.

Objetivos Generales de la Tesis:

Conocer la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012.

Hipótesis

1. Los usuarios hospitalizados (as) tienen una regular percepción de la seguridad hospitalaria.
2. Los usuarios tienen una buena percepción en cuanto a la información entregada por los profesionales de la salud.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a entrevistar y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Servicio de Cirugía y Medicina del Hospital, que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Mayo del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,


ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería

ANEXO 3

Universidad del Bio-Bío

FACSA

Escuela de Enfermería



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos alumnas de quinto año de la carrera de Enfermería y estamos efectuando nuestra tesis, la cual es prerequisite para optar al grado de licenciatura. La presente investigación denominada: “Percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital de San Carlos, 2012”, tiene como propósito Identificar la percepción usuaria de la seguridad hospitalaria en usuarios hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital de San Carlos, 2012.

Para cumplir con los objetivos de este proyecto solicitamos su colaboración voluntaria, respondiendo a una encuesta relacionada con las dimensiones mencionadas anteriormente. La información que usted entregará y los resultados, serán manejados sólo por los investigadores bajo absoluta confidencialidad y anonimato.

Agradeciendo su colaboración y disposición, le saludamos atentamente.

Nombre y Rut de los estudiantes

Akito Veruska Jara Nuñez	Rut.: 17.499.737-3
Loreto Del Pilar Molina Fernández	Rut.: 17.423.138-9
Varinia Violeta Sepúlveda Espinoza	Rut.:16.925.943-7
Claudia Alejandra Venegas Norambuena	Rut.: 16.976.278-3

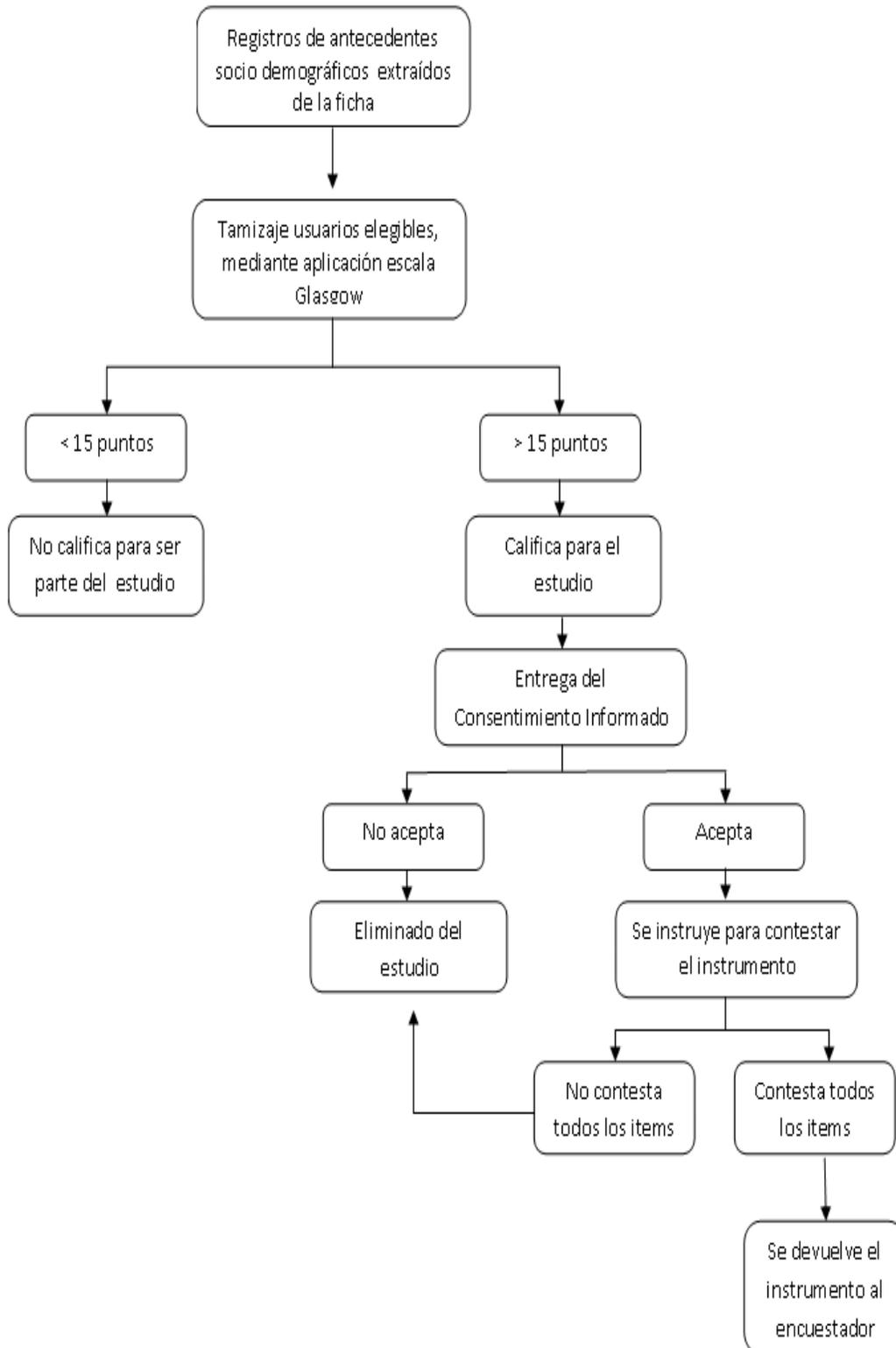
Consentimiento Informado

Yo..... Declaro conocer el propósito del presente estudio y acepto participar y entregar la información que sea necesaria para estos fines.

Chillán, Mayo del 2012

ANEXO 4

Flujograma de recolección de datos.



ANEXO 5

Escala Glasgow

Escala de Glasgow		
Concepto	Tipo	Puntos
Apertura ocular	Espontanea	4
	Estimulo verbal	3
	Estimulo doloroso	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Conversación confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Flexiona al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión al dolor	2
	Ausente	1

ANEXO 6

Folio: _____

Fecha: _____



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**HOJA DE RECOLECCION DE LOS ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL
USUARIO.**

1.- Registro de datos obtenidos de la ficha clínica del usuario:

a.- Edad: _____ Años.

b.- Sexo :

_____ Femenino.

_____ Masculino.

c.- Estado civil:

___ Soltera /o.

___ Casada/o.

___ Separada/o.

___ Viuda/o.

d.- Nivel educacional:

___ Sin estudios.

___ Básico.

___ Media.

___ TP/Profesional.

c.- Previsión de salud:

___ Fonasa _____

___ ISAPRE

___ Otras (especifique)

d.- Zona de residencia:

___ Rural

___ Urbana

ANEXO 7



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

“CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”

Estimado Usuario:

El siguiente cuestionario tiene por objetivo conocer la percepción usuaria de seguridad en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital San Carlos, 2012.

Instrucciones:

- El cuestionario es individual y auto-aplicado si las condiciones lo ameritan.
- Por naturaleza del estudio no hay opciones correctas o incorrectas.
- Las respuestas son anónimas y con fines académicos.
- Si se presenta alguna duda, preguntar al investigador presente.
- **Marque con una X la respuesta que considere adecuada.**

I) PERCEPCIÓN USUARIA DE LA SEGURIDAD HOSPITALARIA

SECCION 1: INFORMACION/COMUNICACIÓN				
1. En el momento del ingreso he recibido la información que necesitaba sobre las normas del centro, horarios, timbres, etc.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
2. El trato, la amabilidad y las ganas de agradar con la que he sido atendido por los profesionales (enfermeras/os y auxiliares) ha hecho que me sienta cómodo/a y seguro/a.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo

3. He participado en las decisiones sobre los tratamientos para mi enfermedad.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
4. He sido correctamente informado sobre los medicamentos que estoy tomando. Ejemplos, para que sirven, los horarios en los que se deben tomar, los efectos que tienen, etc.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
5. Cuando he firmado algún consentimiento o autorización para una intervención o prueba, me explicaron y aclararon todas mis dudas.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
6. Me han informado, a mí y/o a mi familia sobre como continuar los cuidados en el domicilio, tras el alta.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo

SECCION 2: ENTORNO				
7. La accesibilidad física de los lugares por los que transito en el hospital es segura. Ejemplos: barreras arquitectónicas, etc.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
8. El entorno y los lugares por los que transito en el hospital los considera seguros. Ejemplos, huecos de escaleras, piso deslizante, etc.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
9. Si ha utilizado transporte sanitario para su traslado, como por ejemplo la ambulancia, los considera seguros.				
1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo

SECCION 3: SEGURIDAD

10. Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales de enfermería (enfermeras/os y auxiliares).

1 ___ Muy en desacuerdo	2 ___ En desacuerdo	3 ___ Indiferente	4 ___ De acuerdo	5 ___ Muy de acuerdo
-------------------------	---------------------	-------------------	------------------	----------------------

11. He sufrido alguna caída o golpe fuerte durante mi estancia en el hospital (Ejemplos: Me he caído de la cama, me he caído de la silla, he resbalado en el baño, etc.)

1 ___ Si, con consecuencias Graves	2 ___ Si, con consecuencias Moderadas	3 ___ Si, pero no he tenido consecuencias	4 ___ No, pero he resbalado	5 ___ No
------------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------------	----------

12. Si por motivo de mi enfermedad he estado inmovilizado en la cama por medio de sujeciones, he sufrido heridas, hematomas o lesiones de diferente consideración

1 ___ Si, con consecuencias Graves	2 ___ Si, con consecuencias moderadas	3 ___ Si, con consecuencias Leves	4 ___ Si, pero no he tenido consecuencias	5 ___ No
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	---	----------

SECCION 4: ASPECTOS GENERALES

13. Me han sido suspendida una o más pruebas diagnósticas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital

1 ___ Si	2 ___ No	3 ___ No sabe
----------	----------	---------------

14. Me ha sido suspendida una o más intervenciones quirúrgicas que ya tenía programadas durante mi estancia en el hospital

1 ___ Si	2 ___ No	3 ___ No sabe
----------	----------	---------------

15. He presentado quejas, reclamaciones o demandas por haber tenido problemas de seguridad en los cuidados que se me han dispensando en el hospital

1 ___ Si	2 ___ No	3 ___ No sabe
----------	----------	---------------

16. Califique de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en el hospital													
sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dolor máximo	
17. Califique de 0 a 10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el servicio/ unidad.													
seguridad mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	seguridad máxima	

¡¡ Por su tiempo muchas gracias!!

ANEXO 8

**CLASIFICACIÓN DE LOS PUNTAJES DE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD
(APORTE DE LAS AUTORAS AL ESTUDIO E INSTRUMENTO).**

Como una forma de acotar la información a la hora de tabularla y ordenarla se agruparon los puntajes obtenidos de los cuestionarios aplicados, en dos intervalos, que fueron denominados como “buena” y “mala” percepción. Para ello se debió realizar el cálculo del rango, que no es otra cosa que la diferencia entre el mayor y el menor puntaje del cuestionario, sesenta y doce, respectivamente. Una vez obtenido el rango se procedió al cálculo de la amplitud que tendría cada intervalo, mediante el cociente entre el rango, que en este caso era cuarenta y ocho; y el número de intervalos que se deseaba tener, en este caso era dos, obteniéndose como resultado veinticuatro, este valor se le sumó al puntaje mínimo y se obtuvo el primer intervalo, que fue 12-36 puntos, correspondiente a “mala” percepción y posteriormente se realizó la sumatoria de veinticuatro al límite superior de la clase anterior, obteniéndose el segundo intervalo, que fue 37-60 puntos, correspondiente a “buena” percepción.

Clasificación para los puntajes de percepción usuaria de la seguridad.

Clasificación de percepción:	Puntaje
Mala	12-36
Buena	37-60