



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

## **ESCUELA DE POSGRADO**

### **PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Seguridad del paciente crítico durante el traslado intrahospitalario  
y prevención de eventos adversos en hospital de Guayaquil, 2022

#### **TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE: MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

##### **AUTOR:**

Flores Lombeyda, Gabriel Alfredo (orcid.org/0000-0001-9063-803X)

##### **ASESOR:**

Dr. Castillo Hidalgo, Efrén Gabriel (orcid.org/0000-0002-0247-8724)

##### **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud.

##### **LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**PIURA – PERÚ**

**2023**

### **Dedicatoria**

Dedico mi trabajo a mi abuela paterna, Cecilia Garzón, quien al final de su camino, no tuvo la suerte de recibir una atención segura, de calidad y eficiente.

### **Agradecimiento**

Agradezco a Dios, sin él ninguna obra se edificará.

A mis padres quienes siempre han sido el motor de mis triunfos. A la Dra. Carmen Zambrano quien me motivo a cumplir con esta meta. Y a los docentes que aportaron con su Sapiencia en este camino.

## Índice de contenidos

|   |      |
|---|------|
| Dedicatoria .....   | ii   |
| Agradecimiento .....                                      | iii  |
| Índice de contenidos .....                                | iv   |
| Índice de tablas .....                                    | v    |
| Índice de gráficos y figuras.....                         | vi   |
| Resumen .....   | vii  |
| Abstract .....  | viii |
| I. INTRODUCCIÓN .....                                     | 1    |
| II. MARCO TEÓRICO.....                                    | 5    |
| III.METODOLOGÍA.....                                      | 16   |
| 3.1.Tipo y diseño de investigación .....                  | 16   |
| 3.2. Variables y operacionalización.....                  | 16   |
| 3.3. Población, muestra, muestreo.....                    | 18   |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 18   |
| 3.5 Procedimientos .....                                  | 20   |
| 3.6. Método de análisis de datos.....                     | 20   |
| 3.7. Aspectos éticos .....                                | 20   |
| IV. RESULTADOS.....                                       | 22   |
| V. DISCUSIÓN .....  | 30   |
| VI. CONCLUSIONES .....                                    | 38   |
| VII. RECOMENDACIONES .....                                | 39   |
| REFERENCIAS .....   | 40   |
| ANEXOS .....  |      |

## Índice de tablas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos de la muestra .....   | 18 |
| <b>Tabla 2.</b> Análisis correlacional entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos .....  | 22 |
| <b>Tabla 3.</b> Análisis correlacional entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos.....  | 23 |
| <b>Tabla 4.</b> Análisis correlacional entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos .....       | 24 |
| <b>Tabla 5.</b> Análisis correlacional entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos .....    | 25 |
| <b>Tabla 6.</b> Análisis correlacional entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos..... | 26 |
| <b>Tabla 7.</b> Análisis correlacional entre atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos.....   | 27 |
| <b>Tabla 8.</b> Análisis descriptivo de variable seguridad del paciente crítico y sus dimensiones .....   | 28 |
| <b>Tabla 9.</b> Análisis descriptivo de la variable prevención de eventos adversos .....  | 29 |

## Índice de gráficos y figuras

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> Esquema del tipo de la investigación ..... | 16 |
|--|----|

## Resumen

El estudio se desarrolló con el objetivo determinar la relación entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022. El estudio fue de característica cuantitativa, aplicada y diseño no experimental, correlacional. Se aplicó un censo a 110 personal interno (médicos, licenciados en enfermería, personal administrativo, personal auxiliar y personal técnico). Para la recolección de datos se aplicó la encuesta como técnica y dos cuestionarios, uno para cada variable; asimismo, para fines del estudio se determinó la evidencia de validez y confiabilidad; apreciadas con las pruebas estadísticas, V de Aiken, Alfa de Cronbach y Omega Mc Donald. El análisis de datos se realizó mediante el Programa SPSS v26, utilizando el coeficiente de Correlación de Spearman. Se concluye que existe una correlación positiva moderada con un índice ( $Rho=0.524$ ), con tamaño de efecto grande entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, prevención de eventos adversos, dirección, comunicación, sucesos notificados.

## Abstract

The study will be carried out with the objective of determining the relationship between the safety of the critically ill patient and the prevention of adverse events during transfer to a hospital in Guayaquil, 2022. The study had a quantitative, applied characteristic and a non-experimental, correlational design. A census was applied to 110 internal personnel (doctors, nursing graduates, administrative personnel, auxiliary personnel, and technical personnel). For data collection, surveys were applied as a technique and two questionnaires, one for each variable; Probably, for the purposes of the study, the evidence of validity and reliability will be finished; appreciated with the statistical tests, Aiken's V, Cronbach's Alpha and Omega McDonald. Data analysis was performed using the SPSS v26 Program, using Spearman's Correlation coefficient. It is concluded that there is a moderate positive connection with an index ( $Rho=524$ ), with a large effect size between safety during the critical patient and prevention of events opposed to transfer in a hospital in Guayaquil.

**Keywords:** patient safety, prevention of adverse events, management, communication, reported events.



## I. INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud (OMS, 2020) plantea que los múltiples servicios sanitarios públicos atiende a una gran demanda de pacientes con alguna queja, dolencia o morbilidad y requiere una atención de calidad, para lo cual las entidades sanitarias deben garantizar eficacia y seguridad para prevenir posibles eventos adversos que afecten su integridad; lo cual demanda de estar dotados de equipamiento que cubran los requerimientos determinados por los estándares internacionales, y especialmente de profesionales de la salud con sensibilidad y destrezas técnico procedimentales para brindar una efectiva asistencia clínica, a la estabilización, evaluación, disposición de pacientes en estado críticos y no críticos, así como conocimientos respecto a eventos o sucesos adversos en el ámbito sanitario (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Sin embargo, una problemática muy frecuente en el sistema hospitalario es la seguridad del paciente crítico y sobre la cual el personal sanitario debe reflexionar. Dado que esta seguridad se demanda en los múltiples procesos que se despliegan en las diferentes áreas donde se brinda la asistencia clínica a los pacientes y en las cuales siempre están presentes algunas adversidades. En las áreas de emergencia muchas veces por la rapidez que requiere la atención al paciente, el personal sanitario olvida seguir los protocolos pertinentes, que muchas veces inciden en un perjuicio al asistido. En este sentido se necesita que el personal sanitario, efectúe una evaluación de los procedimientos que viene realizando para detectar posibles errores y proponga de manera conjunta las medidas correctivas pertinentes (Torijano, 2021).

Cabe destacar que, en un nosocomio de Colombia, se reportaron eventos adversos de mayor prevalencia, siendo un 73% de personal en salud no ejecutan el cuidado directo al paciente, es decir que no fueron prevenidos, en la medida que se presentaron por alterar el cumplimiento de los niveles estandarizados de cuidados (Achury, 2017).

En el Ecuador, la normatividad legal como es la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud N°2002-80, busca de manera prioritaria favorecer directamente a pacientes y a los profesionales sanitarios, a los centros que brindan servicio clínico, así como a los usuarios comunes, que consientan

optimizar la gestión de seguridad y queden exceptuados de alguna eventualidad, desliz o perjuicio (García,2019)

En el proceso de búsqueda de investigaciones previas, se logró identificar hallazgos relacionados a la asociación entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos desfavorables, por mencionar a Ayerbe (2021), con su estudio similar, resaltando una relación significativa entre las dos variables; asimismo, Contreras (2021), efectuó otro estudio con las mismas variables, resaltado una relación moderada entre sus variables; estudios que fueron acontecidos durante la COVID-19, y llevando presente los cambios profundos que este ha ocasionado en el sistema hospitalario; dejando al mismo tiempo ciertos vacíos teóricos que la investigación presente se ha propuesto disipar.

En un hospital de Guayaquil, de acuerdo a informes anuales (Zambrano, 2021), se han venido reportando un sin número de eventos adversos ocasionados en el traslado de los pacientes, los que han implicado caídas del paciente, errores presentados en los medicamentos, diagnósticos erróneos, infecciones intrahospitalarias, complicaciones operatorias y postoperatorias, carencia de atención apropiada y oportuna, entre otros. Estos sucesos desfavorables se acentuaron aún más con la afluencia de pacientes que demandaban atención urgente a razón del padecimiento de COVID-19; causando que el profesional sanitario se estrese por la presión que siente del trabajo y al mismo tiempo por no contar con los medicamentos exactos y poder brindar un tratamiento seguro; observándose que por más que se apliquen protocolos y procedimientos no se ha tenido al momento los efectos requeridos. Puede señalarse que el profesional de las diferentes áreas de servicio, no despliegan un apoyo mutuo; asimismo no se fortalece el trabajo en equipo, causando sucesos negativos de manera reincidente.

A razón de lo argumentado se formuló la interrogante: ¿Cuál es la relación de la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022?

El estudio tiene relevancia teórica dado que contribuye al desarrollo de conocimientos asociados a la gestión de paciente crítico y prevención de eventos desfavorables, exclusivamente a caracterizar el vínculo de las variables posterior a la epidemia COVID-19, accediendo obtener la definición de estas variables

además de sus características de ser un estudio empírico basado en evidencias. La justificación práctica estará enfocada en que a partir de los resultados puedan diseñarse estrategias que incidan directamente en los procesos demandados por las variables para lograr su optimización. Además, se justifica metodológicamente aportando con la adaptación y evidencias métricas de instrumentos, que serán útiles a otros estudiosos, para que puedan conseguir datos reales en afinidad a las variables. La justificación social, estará fundada en que se podrán utilizar los resultados para reflexionar y lograr plantear propuestas de avance, promoviendo componentes que admitan contrapesar elementos negativos que se enfatizan en la seguridad de los pacientes críticos y prevención de eventos adversos.

Por lo tanto, se formuló el objetivo general: determinar la relación entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022; asimismo, se plantearon los objetivos específicos: Describir la relación entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022; Establecer la relación entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022; Identificar la relación entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022; Establecer la relación entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022; Describir la relación entre la atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

Como derivación del problema establecido, se consideraron la hipótesis general:

Hi: Existe una relación positiva entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022

H<sub>0</sub>: No existe una relación positiva entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022

Las hipótesis específicas asumidas en el estudio fueron:

H<sub>i1</sub>: Existe relación entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

H<sub>i2</sub>: Existe relación entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022;

H<sub>i3</sub>: Existe relación entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022

H<sub>i4</sub>: Existe relación entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

H<sub>i5</sub>: Existe relación entre la atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se revisaron los hallazgos previos y fundamentos teóricos respecto a los análisis aportados de estudios internacionales, nacionales y locales; todos ellos con afinidad al objeto de estudio.

Carneiro (2021), en su investigación se propuso identificar la percepción de una cultura de seguridad de los pacientes entre el trabajador de la salud en áreas consideradas críticas y no críticas en el hospital Río Grande (Brasil). Fue un estudio correlacional, descriptivo y transversal; que promovió la recolección de información por medio de encuestas y cuestionarios confiables y validación aceptables. Su muestra fueron 393 trabajadores, mayormente mujeres de 43 años a más, técnicos de enfermeros, con sus cónyuges e hijos. Los resultados revelaron que un 66,5% expresaron negativamente la seguridad de sus pacientes; un 83% calificó la satisfacción laboral positivamente. La relación entre personal en áreas críticas y percepción de gestión de la unidad reflejaron  $Rho=0,482$ , correlación moderada. Sus conclusiones determinaron que ciertas áreas hospitalarias revelan percepción negativa respecto a la cultura de seguridad. Aunque otras áreas han logrado evaluaciones acentuadamente positivas, cuyos resultados no demostraron significación estadística comparadas con las otras áreas.

Lin (2020), en su estudio se fijó el objetivo de identificar el nivel de seguridad del paciente con enfermedades críticas durante el transporte intrahospitalario en Taiwan. Fue un estudio de carácter descriptivo correlacional, que eligió una muestra de 85 personal enfermero, sometidos a encuestas y cuestionarios con aceptables niveles de validez y confiabilidad. Los resultados enunciaron que la implementación de un programa minimiza la cantidad de incidencias de eventos adversos. Las auditorías demostraron mejoras en el trabajo que se efectúa en equipo durante el transporte de los pacientes, a razón que en los miembros del nosocomio fluyó una acentuada integridad y corrección de actividades laborales esenciales (80,8 % frente a 96,5 %). Llegando a concluir que si se implementan

sesiones informativas asistidas por recordatorios mejoraría íntegramente la seguridad del paciente con enfermedades críticas y las conductas del personal cuando realiza trabajo en equipo.

Al (2020), efectuó un estudio planteándose el objetivo de evaluar las actitudes de seguridad del paciente entre el personal clínico de cuidados críticos en Chipre. Fue un estudio de carácter cuantitativo, nivel descriptivo correlacional y transversal, eligió una muestra representativa de 80 enfermeras. Recopiló datos en encuestas y cuestionarios, cuyos resultados hallaron que las puntuaciones generales de las enfermeras sobre sus actitudes de seguridad del paciente fueron negativas. Los porcentajes más altos fueron para clima de seguridad, trabajo en equipo, percepción de la gestión, satisfacción laboral, circunstancias de trabajo, y reconocimiento del estrés, correspondientemente. Se halló diferencias significativas entre circunstancias de labores, reconocimiento del estrés y percepción de la gestión en función de la posición de la muestra y el informe de eventos adversos. Logrando concluir que los hallazgos indicaron que se demanda practicar una óptima cultura comunicativa y de seguridad en los nosocomios. El personal directivo y de gerencia, cómo comprometidos en las tomas de decisiones de las asistencias clínicas deben promover una cultura comunicativa relacionada a la seguridad del paciente en el personal mediante su educación en la asistencia, apoyo a la gestión, medidas institucionales y pautas renovadas.

Mori (2018) realizó un estudio con la finalidad de describir el vínculo entre cultura de seguridad del paciente y la prevención de los eventos adversos por profesionales de la asistencia de emergencia del hospital, Vitarte, Lima (Perú); desarrollándose con enfoque a nivel cuantitativo, tipo básica, correlación, no experimental y trasversal; trabajando con 40 enfermeros como muestra. Aplicando para recoger datos cuestionarios con escala Likert, validados y confiables. Los resultados evidenciaron correlación significativa entre variables elegidas ( $Rho = .812$ ;  $p < .05$ ). Concluyendo que existe evidencia estadística que plantea la relación entre cultura de seguridad de los pacientes y la prevención de eventos perniciosos por el profesional de salud en la consulta de emergencia; existe

relación significativa entre seguridad de los pacientes prestada por el área directiva y prevención de eventos perniciosos por profesional sanitario.

Vasco (2017), realizó un estudio con el objetivo de identificar la cultura de seguridad de pacientes del hospital de Mérida (España); caracterizado como estudio de nivel cuantitativo, diseño descriptivo y transversal; su población la representaron 323 profesionales y su muestra probabilística fueron 167 profesionales; aplicándoseles una encuesta mediante cuestionarios validados y con aceptable de confiabilidad; los resultados enunciaron que los profesionales de enfermería poseen amplia experiencia en la seguridad de sus pacientes, dado que conocen perfectamente su entorno laboral; además los sucesos notificados del personal enfermero arrojaron ciertas situaciones que no concuerdan con el cumplimiento de del clima de seguridad, estableciéndose desconfianza por parte de los pacientes cuando les comunican ciertos errores. La conclusiones determinaron que la fortaleza detectada en la seguridad del paciente fue el trabajo en equipo, lográndose destacar que los profesionales se apoyan solidariamente y cuando uno de ellos exhibe sobrecarga laboral, obtendrá ayuda inmediata por parte de colegas; Existen deficiencias en el proceso de dotación de personal, concibiendo la idea que no existe personal idóneo esté predispuesto a otorgar una excelente asistencia clínica a los usuario y por consiguiente una óptima prevención de eventos adversos; y que además puedan realizar sus servicios bajo presión.

Sanz (2017), en su estudio se propuso identificar la seguridad del paciente y el compromiso del personal clínico en Madrid (España); caracterizándose por ser metodológicamente cuantitativo, descriptivo, transaccional y no experimental; representado por 31 personal trabajador como muestra significativa, aplicándoseles una encuesta y cuestionarios de características validados por expertos y confiabilidad aceptable; llegando a las conclusiones siguientes: La seguridad de los pacientes demostraron alta puntuación, recayendo directamente sobre el dar cumplimiento a las funciones de los profesionales sanitarios; además que existen múltiples avances que han ocasionado satisfacción por el servicio que viene efectuando el profesional enfermero; el área administrativa se involucra

claramente en la confianza de los pacientes; El 100% del profesional sanitario, elabora una lista de sucesos perniciosos presentado, con la finalidad de diseñar metodologías direccionadas optimar y fortificar el trabajo que vienen desplegando, buscando en todo momento ofrecer atención eficiente actuando dentro de los parámetros de la seguridad y confianza de los pacientes.

Los hallazgos a nivel nacional encontrados fueron:

Contreras (2021), en Isla Bejucal, efectuó un estudio con la finalidad de establecer la asociación de la gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos desfavorables en tiempos COVID-19; motivándose por ejecutar investigación tipo básica, diseño descriptivo y nivel correlacional, que brindó la oportunidad de emplear un cuestionario y encuestas para recoger datos a una muestra de 102 profesionales clínicos. Sus resultados expresaron correlación calculada Rho Spearman, identificándose el índice 0,699 y significancia bilateral p menor a 0,01, configurándose como relación moderada entre las variables. Concluyendo que la variable eventos adversos manifestó 64% de nivel medio; 33% opinó un nivel alto y 3% indicó nivel bajo; ocurren distintos riesgos que inciden en los pacientes, sin embargo, por múltiples factores mayormente, estos no se registran correctamente.

Baños (2021), en Daule, ejecutó una investigación formulándose el propósito de describir el vínculo entre gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en pacientes; caracterizada por desplegarse con una metodología cuantitativa, de diseño correlacional, tipo no experimental y transversal. Optando por 150 personal interno, procediendo a recoger información por medio de encuestas y cuestionarios de particularidades validados mediante la prueba de Aiken de contenido y con nivel óptimo de confiabilidad calculada con el coeficiente factor Mc Donald; cuya conclusión manifestó una relación de carácter positiva moderada ( $Rho=0,524$ ). entre gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos desfavorables en pacientes de un centro clínico.

Reina (2020), en Montalvo, (Los Ríos), ejecutó su investigación, proponiéndose el reto de analizar la relación de gestión de seguridad y el nivel de prevención de eventos adversos en un Centro médico de Montalvo. Aplicando un enfoque de carácter cuantitativo, tipo básica, diseño descriptivo y correlacional,



efectuando un recojo de datos a través de encuestas y cuestionarios; focalizando a 50 participantes como muestra. Los resultados obtenidos evidenciaron relación calculada con Rho Spearman, identificándose el índice 0,565 y un p menor a 0,01, determinándose la existencia de relación de carácter moderada y positiva entre las variables. Concluyendo que un 46% expresó nivel bueno relacionado a los eventos adversos y un 42% reveló nivel regular y 12% indicó nivel malo.

Espinoza (2017), en Machala, (El Oro), en su estudio planteó el propósito de valorar el riesgo laboral y eventos desfavorables aplicados por el personal enfermero de emergencia de un nosocomio; fue un estudio correlacional, diseño descriptivo transversal, procediendo a recolectar datos por medio de encuesta, entrevistas y cuestionarios, eligiendo a 50 personal trabajador como su muestra. Logrando concluir que, entre los eventos adversos físicos, se acentuaron más las caídas; en los riesgos biológicos, se evidenciaron las punzadas con agujas en condición contaminante, transferencia de agentes perjudiciales provenientes de fluidos corpóreos; en eventos adversos químicos, resaltaron la utilización de desinfectantes, corrosivos; en los sucesos adversos ergonómicos, se presentó el sobreesfuerzo físico; y en acontecimientos de orden psicosocial, destacó el estrés.

El fundamento teórico de la seguridad del paciente encuentra su base en los “Modelos teóricos de seguridad de Reason”, quien presenta el “Modelo centrado en la persona”, determinado por hallar al culpable como una de las primeras acciones al acontecimiento de un error porque se posee la convicción de que cada uno de los individuos es la causa fundamental del problema, comprendiéndose que la persona se ha distraído y no ha puesto la debida atención y cuidado en la actividad que ejecuta; además que no tienen comportamiento de buenos profesionales y para reducir notablemente este tipo de errores como forma óptima de remediar es aplicando el castigo como un medida de rigor y disciplinaria para que asuma su responsabilidad y que posteriormente tenga más cuidado (Ccencho, 2017).

Respecto a la variable seguridad del paciente crítico, de acuerdo a Parsehian (2016), enfatiza que se ha convertido en elemento básico para poder conocer el nivel de criterio en el ámbito de la seguridad de entidades u organizaciones; igualmente de los procesos continuos para cambiar a niveles más altos de seguridad, no obstante minimizar los índices de infortunios.

En otro contexto, Cooper (2016), define la seguridad del paciente como el esfuerzo que despliegan los miembros de una institución con relación a un objetivo planteado para lograr la mejora de la seguridad que implique el bienestar de las personas. Asimismo, Geller (2015), enfatiza que en la seguridad del paciente, se movilizan factores como: a) factor dependiente, vinculado en no efectuar esfuerzo que se extienda más de lo que contemplan los reglamentos y normatividades; b) factor independiente, expresando que las entidades deben comprender que cumplir las normatividades no es suficiente para imposibilitar acontecimientos adversos; por lo tanto Villalba (2022), sustenta que debe brindarse seguridad mucho más allá de lo solicitado por las leyes, en consecuencia los miembros de las instituciones o entidades, en su mayoría se mentalizan en relación a la responsabilidad que les toca asumir persistentemente sobre la seguridad (Costa, 2020).

Referente a la variable seguridad del paciente Shigeru (2019), la conceptúa como el producto que comprende a las cualidades, saberes, aptitudes, actitudes y patrones comportamentales personales y grupales, con énfasis a establecer el compromiso, responsabilidad y la forma de gestionar la seguridad y salud a cargo de un centro hospitalario.

Desde la posición de Moya (2018), la seguridad del paciente crítico se caracteriza por ser un cúmulo de elementos organizados, técnicas, instrumentos y métodos fundadas en evidencias expertamente demostradas que directamente propenden por reducir el riesgo de soportar un acontecimiento adverso en pleno procedimiento de asistencia sanitaria o de mitigar sus secuelas. Implicando la evaluación constante de los riesgos vinculados a la atención clínica para diseñar y establecer las barreras de seguridad pertinentes.

Según Potter (2021), los elementos que inciden en la seguridad del paciente crítico, son: a) Riesgos en estadios de desarrollo, que comprende estilos de vida, el nivel cognoscitivo y conciencia de seguridad. b) Factores de riesgo individuales, comprende trastornos de movimiento, variaciones sensitivas o de comunicación y carencia de conciencia de seguridad. c) Riesgos en servicios clínicos, que comprende a los errores médicos, accidentes intrínsecos, accidentes relacionados con equipos, lesiones causadas por caídas y diseminación de patógenos.

En lo que respecta a la dimensión área de trabajo, se define como el espacio o ambiente propicio para ejercer una función sanitaria, ofreciendo confort e imponderables escenarios para la salud y seguridad (González, 2019). Se reconoce que, en todo ambiente o espacio destinado para trabajar, acaecerán errores y acontecimientos, así como peligros de alto grado que inciden en la asistencia sanitaria, no obstante, las evidencias deben señalar una cultura sólida de seguridad y que el personal trabajador dialogue abiertamente respecto a errores y ocurrencias, con el propósito de que la seguridad y asistencia clínica a los pacientes sea las efectiva (Codutti, 2016).

De acuerdo con López (2017), la dimensión dirección, se define como un nivel jerárquico tendiente a conservar un clima laboral que propicie una trayectoria sólida, estable y clara que implique una óptima seguridad del paciente en cualquiera de las áreas del ámbito institucional. Es inevitable y forzoso brindar cumplimiento a la agenda que demanda seguridad del paciente, tomando en cuenta que se necesita responsabilidad y predisposición en las personas que ostentan cargos jerárquicos en la entidad prestadora de servicios sanitario, involucrando también a personal directivo y profesionales médicos de las diferentes áreas (Martínez, 2018). El Ministerio de salud (2020), argumenta que para manifestar que los niveles de seguridad es un compromiso inherente de la dirección y que siempre debe permanecer visible al igual que su personal sanitario, todos con la meta de perfeccionar la seguridad de sus pacientes.

A criterio de Pérez (2019), la dimensión comunicación, está coligada a otorgar datos e información cierta y evidente respecto a ocurrencias y errores, cambios efectuados y formas de advertir errores. Desarrolla caminos comunicacionales y abiertos para con los pacientes, sus familiares, acompañantes de los pacientes y el público en general, siendo ello primordial para reforzar la seguridad de los pacientes. Hay que destacar que actualmente los pacientes han logrado desarrollar cierta experticia respecto a su enfermedad, en este sentido esto debe ser aprovechado para identificar peligros y formular alternativas a las adversidades que atentan sobre seguridad del paciente (Narváez, 2021). Conservar una comunicación interactiva da lugar a perfeccionar el proceso de organización, tomar decisiones, dar solución a conflictos y proponer objetivos; además, promueve el compartir compromisos en las

atenciones que requieren los pacientes; reflejándose en resultados efectivos para éste (OMS, 2020)

A juicio de Guerra (2017), la dimensión sucesos notificados, encierra toda la información acertada de acontecimientos, hecho, incidentes o sucesos desfavorables y sus estadísticas, viabilizando a que el profesional sanitario efectúe la notificación en su ámbito de funciones. Convirtiéndose en exigencia básica para mejorar los niveles de seguridad de los pacientes. En caso las instituciones no contaran con estas notificaciones, no lograrían enfocar la asignación apropiada de recursos desprovistos para garantizar el progreso o cambio. Ordinariamente existen elementos que afectan directamente el manejo de notificaciones, entre los que destacan la carencia de sistemas informáticos integrados, así como compromisos diferentes a notificar que se acentúan en las personas que ejercen los cargos administrativos o directivos (Fombona, 2016).

En lo que concierne a la dimensión atención primaria, puede considerarse como un factor fundamental en la seguridad del paciente, que ofrece sociabilidad a todos los pacientes, familiares y comunidad, realizada mediante medios de particularidades aceptables para ellos, con mucha participación y costos accesibles (Coll, 2021). Caracterizado por establecerse como el núcleo del sistema sanitario público, que forma parte del progreso socioeconómico de una colectividad (Wilkin, 2020).

La variable prevención de eventos adversos se fundamenta teóricamente en el marco del “Modelo Reason para la gestión de riesgo en salud” sostenida por James Reason (1990), quien argumenta que en sistemas de mucha complejidad existen múltiples barreras de defensa y seguridad que tienden a proteger a los pacientes de posibles daños. Estas barreras pueden ser personales u organizativas y se debilitan suscitando algunas fallas. En sistemas muy bien organizados las fallas percibidas y activas no podrán romper las defensas, ocasionando como resultado algún tipo de incidente o evento, pero si no funcionan adecuadamente se originan accidentes. A través de este modelo se analizan todos los procedimientos, la vigilancia, cuidado y la jerarquía para lograr identificar qué aspectos de la institución pueden haberse convertido en factores condicionantes de accidentes, con la finalidad de perfeccionar las defensas en un ciclo de mejora permanente.

Son acciones que se efectúan a través de medidas, protocolos, normativas o disposiciones que de manera anticipada permiten disminuir riesgos que afectan a las personas, cuyos eventos adversos se perciben como inherentes en un centro hospitalario; su finalidad es advertir los eventos perniciosos que se observan en el espacio de una cultura de seguridad de los pacientes (Canga, et al., 2006). Por su parte Betancourt (2011), arguye que todo evento adverso es un caso que se logra observar en el espacio de una cultura de seguridad de los pacientes; al mismo tiempo se conciben como un tipo de incidente u ocurrencia que origina daños físicos a los pacientes y está directamente coligado a una asistencia médica óptima.

Como lo hace notar Flórez (2022), un evento adverso ocurre a partir de las innovaciones tecnológicas, científicas, sociales y políticas que asumen nexo directo con el servicio ofrecido en el contexto de la salud. Por tal motivo, las atenciones sanitarias ofrecidas para el cuidado de los pacientes en los nosocomios, involucran una notable diversidad de riesgos derivados por la conexión complicada de los procesos, los recursos tecnológicos e interacciones entre personas, lo que constituye labores fructuosas; también comprenden una serie de posibilidades de destrezas inseguras que ayudarían a los múltiples acontecimientos de estos eventos desfavorables (Hillman, 2018).

En la opinión de Campoverde (2017), la dimensión administración clínica, está determinados por todos los procesos de índole hospitalaria, que están directamente relacionados con los pacientes y su atención; controlando al mismo tiempo algunos los acontecimientos adversos, que se originan en la estancia de los pacientes, a consecuencia que los profesionales sanitarios no realizan los procesos de acuerdo a la normatividad que lo expresa; en esta situación la administración clínica se torna inoportuna, generándose su aplicación a pacientes erróneos.

Desde la posición de Meléndez (2015), la dimensión procedimientos asistenciales, se constituye como una herramienta cuya finalidad es incrementar la efectividad de las acciones sanitarias mediante una efectiva coordinación y garantía de una eficaz asistencia; enfatizándose, que todo evento adverso ocurre repentinamente a causa de que este tipo de procedimientos no son tomados en serio, a razón de las debilidades existentes en la concientización del personal

clínico. Generalmente se originan por la inexperiencia de no efectuar los procedimientos oportunos, al mismo tiempo que los procesos señalados se hallan incompletos o son improcedentes; por lo tanto, se realizan procesos a pacientes erróneos y en una parte errónea de su cuerpo (Serruya, 2018).

Respecto a los errores en documentación, el personal clínico, por motivo de la existente demanda de usuarios, la inexperiencia, el corto tiempo e insuficiencia de conocimientos, facilitan el origen de sucesos, como son el caso de documentos ausentes o que no se hallen favorables, retardo para tener acceso a documentos, documentos con errores, documentos para usuarios internos erróneos; por otro lado que mucha de la información que contienen los documentos no es legible y más aún se halla incompleta (Tammy, 2022).

Citando a Encina (2016), declara que la dimensión errores en la medicación, evidencia que el personal sanitario, no se compromete en emplear los “cinco pasos correctos”, los que están relacionados al paciente correcto, los medicamentos correctos, dosis de medicinas correctas, vía de aplicación correcta y el momento apropiado, al instante de administrar las medicinas lo que conlleva a suscitar incidentes adversos, a causa que las indicaciones se hicieron erróneamente al paciente, sus medicinas erróneas, sus dosis o periodicidad erróneamente, puesta de medicina en la vía errónea, sumado a ello la administración de medicinas en condición de expiradas (Lynch, 2022). Los errores de medicación se tornan más comunes en momentos del pedido o de prescripción. Según, Rodziewicz (2022), los errores más pronunciados revelan que el proveedor de la asistencia clínica escriba incorrectamente el nombre de la medicina, la dosis o la vía incorrecta o muchas veces la periodicidad incorrecta. Los errores de pedido se acentúan en el 50% a causa de errores de medicación. Otros estudios, demuestran que el personal enfermero y los de atención farmacéutica identifican porcentajes elevados en los errores de solicitud de medicinas. En tal sentido, los errores de medicación se han convertido en un problema extendido, pero hay que resaltar que, en muchos de los casos, esta problemática puede prevenirse (Rayhan, 2022).

Fundamentos de estudios postulan argumentando sobre el nexo de seguridad del paciente y prevención de sucesos adversos, dado que este vínculo, demanda de la práctica constante de una cultura sincera y justa asociada a la

seguridad de los actores de las entidades sanitarias, valorando sus responsabilidades y esfuerzos en proveer una eficiente asistencia; además de tener siempre presente que acaecerán deslices y hechos; además que la asistencia clínica demanda ciertas incertidumbres, demostrando la situación que la conciencia institucional se torna reflexiva respecto a seguridad y la totalidad de su personal es motivado para advertir y dialogar sobre tales errores, esta asistencia clínica ofrecida a sus pacientes se evidenciará mucho más eficiente (ANSP, 2015).

En el espacio de la atención primaria y domiciliaria, las inseguridades para los pacientes son distintas de todas las que tienen lugar en un hospital, además están vinculadas a los errores por negligencia en la atención, falta de monitoreo durante largo tiempo y falta de acceso a la atención. Estas áreas normalmente no ingresaban en el contexto de la seguridad del paciente, pero se acentúan como fuente perjudicial potencial. La concepción de incidente en la seguridad del paciente, e incluso el de evento adverso, fracasa en estos espacios o, al menos, se fuerza de manera máxima (Vincent y Amalberti, 2016).

La evidencia teórica del vínculo entre seguridad del paciente crítico y prevención de sucesos adversos, está fundamentada por la Organización Mundial de la Salud reconociendo a la seguridad del paciente como una alta prioridad sanitaria más acentuada en todo el mundo, tornándose esencial por que busca la eficacia en las diferentes asistencias sanitarias, con el objetivo de advertir y minimizar riesgos en los pacientes (Rocco, 2017).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

##### 3.1.1. Tipo de investigación

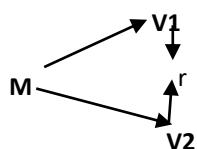
La investigación fue desarrollada cuantitativamente; orientado a recoger datos con la finalidad de comprobar las hipótesis formuladas, basadas en una estimación numeraria y análisis estadístico, para instituir patrones de índole comportamental (Hernández, 2010). Acorde a su propósito, se trató de un estudio tipo básico, a razón que direccionó a un saber mucho más acabado a través de la comprensión de aspectos esenciales de los hechos o fenómenos observables o de las asociaciones establecidas por los entes (CONCYTEC, 2018).

##### 3.1.2. Diseño de investigación

El estudio aplicó un diseño no experimental, porque midió el objeto de estudio, sin manejar u operar previamente las variables propuestas; de corte transversal porque solamente se limitó a observar el fenómeno dentro de su campo de acción, procediendo consecutivamente analizarlo; y nivel correlacional, por el motivo que pretendió medir el vínculo entre seguridad del paciente crítico y prevención de acontecimientos adversos (Hernández, 2010), cuya representación fue la siguiente:

#### **Figura 1**

*Esquema del tipo de la investigación*



Donde:

M = muestra

V1 = seguridad del paciente crítico

V2 = prevención de eventos adversos

r = relación de variables de estudio



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

#### **Variable 1: Seguridad del paciente crítico**

##### **Definición conceptual**

Shigeru (2019), la conceptúa como el producto que comprende a las cualidades, saberes, aptitudes, actitudes y patrones comportamentales personales y grupales, con énfasis a establecer el compromiso, responsabilidad y la forma de gestionar la seguridad y salud a cargo de un centro hospitalario.

##### **Definición operacional**

Implica el alejamiento de perjuicios prevenibles a los pacientes durante el proceso de asistencia clínica. Esta seguridad del paciente será medida través de cuestionario organizado con 20 ítems, que explorará el área de trabajo, la comunicación la dirección, los sucesos notificados y la atención primaria.

##### **Indicadores**

Apoyo mutuo, trabajo en equipo, trato y prevención, relaciones interpersonales, estrategia de trabajo y seguridad, comunicación, prevención, notificaciones y seguridad.

##### **Escala de medición**

Ordinal

#### **Variable 2: Prevención de eventos adversos**

##### **Definición conceptual**

Son acciones que se efectúan a través de medidas, protocolos, normativas o disposiciones que de manera anticipada permiten disminuir riesgos que afectan a las personas, cuyos eventos adversos se perciben como inherentes en un centro hospitalario; su finalidad es advertir los eventos perniciosos que se observan en un espacio de una cultura de seguridad de los pacientes (Canga, et al., 2006).

##### **Definición operacional**

Es poner en ejercicio de manera anticipada una serie de protocolos y medidas que tiendan a dar seguridad en una asistencia sanitaria. La prevención de eventos adversos se medirá mediante cuestionario organizado con 20 ítems, que explora la administración clínica, errores en la documentación, procedimientos asistenciales y errores en la medicación.

### **Indicadores**

Condiciones de procedimientos, documentos de pacientes ejecución de la asistencia, pacientes y medicación.

### **Escala de medición**

Ordinal

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

La población se establece como conjunto de características finito o infinito de individuos, que exteriorizan particularidades comunes (Hernández, et al, 2014).

La población de la investigación se conformó de 110 personal interno, destacando entre ellos a médicos, licenciados en enfermería, personal administrativo, personal auxiliar y personal técnico.

La muestra según Hernández, et al (2014), es una fracción de individuos que forman parte de una población, definida por sus particularidades. La muestra en el presente estudio la representaron 110 personal interno de un hospital de Guayaquil, lo que fueron seleccionados a través del muestreo censal, de tipo no probabilístico intencional, donde el investigador seleccionó a los sujetos que cumplieron los criterios siguientes:

Los criterios de inclusión, a considerar fueron: a) Personal interno que libremente aceptaron pertenecer a la investigación. b) Personal interno de ambos sexos y que al mismo tiempo accedieron a rubricar el consentimiento informado. Como criterios de exclusión, se consideraron: a) Personal interno que no aceptaron constituirse como muestra en el estudio; b) Personal interno que se hallaron con licencia o permiso.

**Tabla 1** *Datos sociodemográficos de la muestra*

|        |          | Frecuencia (f) | Porcentaje (%) |
|--------|----------|----------------|----------------|
| Género | Femenino | 62             | 56%            |

|           |                      |     |      |
|-----------|----------------------|-----|------|
|           | Masculino            | 48  | 44%  |
| Profesión | Médicos (as)         | 15  | 14%  |
|           | Enfermeros (as)      | 22  | 20%  |
|           | Administrativos (as) | 19  | 17%  |
|           | Auxiliares           | 17  | 15%  |
|           | Técnicos (as)        | 37  | 34%  |
|           | Total                | 110 | 100% |

Nota: Cuadro de personal que labora en un hospital de Guayaquil.

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

Se procedió a utilizar la técnica encuesta con el propósito de evaluar las variables expuestas. Gálvez (2014), considera a la encuesta como una redacción representada por interrogantes que han sido formuladas intencionalmente por un investigador y que están direccionadas a un grupo de individuos para recolectar sus apreciaciones y caracteres.

Se procedió a utilizar el cuestionario como instrumento, con el fin de recolectar información veraz de los participantes del grupo muestral.

El cuestionario aplicado para recoger información de la seguridad del paciente crítico fue diseñado y adaptado de un estudio previo del autor Reina (2020); organizado por 5 dimensiones, 20 interrogantes valoradas con escala ordinal. Se logró determinar la evidencia de la validez de contenido mediante índice acorde a Aiken, y se identificó que el 100 % de interrogantes obtuvo un coeficiente mayor a 0,75; y el índice de confiabilidad deberá superar el 0,80.

El cuestionario de la prevención de acontecimientos adversos se adecuó del estudio de Mori (2017) y se constituyó por 4 dimensiones y 20 interrogantes valoradas por una escala ordinal. Lográndose determinar la evidencia de validez de su contenido mediante índice a acuerdo de Aiken, y se identificó que el 100 % de ítems obtuvo un coeficiente superior a 0,75; y el índice de confiabilidad deberá superar el 0,80.

El proceso de validación, se conceptúa como el nivel en que un cuestionario exterioriza resultados concretos y coherentes respecto al contenido que se intenta medir (Cárdenas, 2013). Fueron 5 expertos con grado de magister en el ámbito de la salud, los que asumieron el compromiso de validar los instrumentos del presente estudio; utilizaron una matriz que valoró las categorías:

claridad, coherencia y relevancia de cada ítem; estimando además el valor del índice de acuerdo de Aiken.

La confiabilidad de los cuestionarios, conllevó a hacer un análisis y un proceso de sistematización del resultado obtenidos del grupo piloto. Donde se aplicó para este efecto el factor Omega Mc Donald a cada uno de los instrumentos con el propósito de estimar la consistencia interna de las interrogantes planteadas; asimismo, se procedió aplicar el factor Alfa de Cronbach, para este mismo fin.

El instrumento de la variable seguridad del paciente crítico, obtuvo como resultado del Omega Mc Donald ( $\omega=0,915$ ) y aun Alfa de Cronbach ( $\alpha=0,889$ )

El instrumento de la variable prevención de eventos adversos, obtuvo como resultado del Omega Mc Donald ( $\omega=0,922$ ) y aun Alfa de Cronbach ( $\alpha=0,911$ ).

### **3.5. Procedimientos**

El presente estudio, demandó recoger información teórica científica relacionadas a las variables propuestas, posterior al análisis de esta información, se formularán objetivos e hipótesis que serán contrastadas con los resultados obtenidos. Para realizar el recojo de datos, se solicitará al director del nosocomio su consentimiento para poder aplicar los instrumentos; esta aplicación de instrumentos se llevará a cabo al 100% de manera presencial, abordando a los participantes que constituyen la muestra de estudio. Completado el llenado de las respuestas de los instrumentos, la información conseguida será exportada a la aplicación Excel para tabularla, generando tablas de frecuencias y porcentajes y poder realizar el análisis pertinente.

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

Se efectuó el manejo oportuno de los datos recogidos, mediante base de datos diseñada y codificada en la aplicación Ms Excel.

Los resultados conseguidos de la prueba piloto fueron recibieron tratamiento de tipo cuantitativo, procurando apreciar la fiabilidad y consistencia interna de cada interrogante planteada en los cuestionarios, cuyo tratamiento le concernió al uso del factor Alfa de Cronbach y Omega Mc Donald, el cual es una de las

herramientas integrada en la aplicación estadística Jamovi, que ofreció valoraciones confiables al 95%, admitiéndose como valor mínimo para ser aceptable, el índice 0,8 a más.

Con el fin de elegir la técnica estadística se efectuó la prueba de normalidad Kolgomorov Smirnov, dado que el grupo muestral fue mayor de 50; dando lugar a identificar el tipo de estadígrafo no paramétrico a utilizar, pudiendo ser Rho Spearman, con el propósito de valorar la relación lineal entre variables y probar la hipótesis formulada.

### **3.7. Aspectos éticos**

El actual estudio, propició resaltar los principios éticos acontecidos en el informe Belmont, Rodríguez (2004), señalando a la: a) Beneficencia, procurando otorgar beneficio común al personal interno, elegidos por ser parte de la problemática focalizada. b) No maleficencia, en el estudio solo se buscó conocer la realidad problemática en el nosocomio. c) Autonomía, se respetó el derecho de los participantes a tomar la decisión de querer participar como muestra; además de mantener su anonimato. d) Justicia, los participantes de la muestra fueron tratados con equidad y sin discriminación. Asimismo, se respetó la propiedad intelectual, citando y referenciando teorías y conceptos de acuerdo a las normas APA 7° edición.

#### IV. RESULTADOS

##### Estadística inferencial

##### Objetivo general

Determinar la relación entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

**Tabla 2.** *Análisis correlacional entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos*

|                                |                 | Seguridad del paciente crítico<br>(n=110) |
|--------------------------------|-----------------|---|
| Prevención de eventos adversos | Coeficiente Rho | 0,615**                                   |
|                                | Sig. bilateral  | <0,001                                    |
|                                | d               | Grande                                    |
|                                | r <sup>2</sup>  | 0,37                                      |

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño de efecto de Cohen; \*\*p<0,01; r<sup>2</sup>: Coeficiente de determinación; n: tamaño de muestra

**H<sub>0</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos

##### Criterios de decisión estadística

p-valor<.05: Se impugna la H<sub>0</sub>

p-valor>.05: Se consiente la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se rechaza la H<sub>0</sub>

### Interpretación

Los resultados de la tabla 2, muestran valoraciones de correlación existentes entre seguridad del paciente crítico y prevención de sucesos adversos en un hospital de Guayaquil, significancia lograda fue 0,000, menor de 0,01, deduciendo el rechazo de la H<sub>0</sub> y aceptar que existe relación significativa entre las variables; significando una relación directa de tamaño de efecto grande entre la seguridad del paciente crítico y la prevención de sucesos adversos (Rho=0,615; p<0,01); y el 0,37 de la seguridad del paciente crítico se halla explicado en la prevención de eventos adversos. es decir que, a gran resultado de seguridad del paciente crítico, se incrementará la prevención de sucesos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil.

### Objetivo específico 1

Describir la relación entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

**Tabla 3** *Análisis correlacional entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos*

|                              | Área de trabajo (n=110) |
|------------------------------|-------------------------|
|                              | Rho Spearman            |
| Administración clínica       | 0,524**                 |
| Procedimientos asistenciales | 0,432**                 |
| Errores en la documentación  | 0,355**                 |
| Errores en la medicación     | 0,236**                 |

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d (Tamaño de efecto de Cohen): Pequeño; \*\*p<0,01; \*p<.05

H<sub>0</sub>: No Existe relación estadísticamente significativa entre área de trabajo y las dimensiones de prevención de eventos adversos

### Criterios de decisión estadística

p-valor<.05: Se impugna la H<sub>0</sub>

p-valor>.05: Se admite la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se refuta H<sub>0</sub>

### **Interpretación**

Los resultados de la tabla 3, muestran valoraciones de correlación existentes entre área de trabajo y dimensiones de prevención de eventos adversos, hallándose p-valor<0,05, impugnando H<sub>0</sub> y aceptar la existencia de relación significativa entre área de trabajo y dimensiones de prevención de sucesos adversos, demostrando relación directa con tamaño del efecto grande entre área de trabajo y administración clínica; una relación directa y tamaño de efecto mediano del área de trabajo y procedimientos asistenciales y errores en la documentación; relación directa y tamaño de efecto pequeño entre área de trabajo y Errores en la medicación; significando que a una óptima área de trabajo mejorarán las dimensiones de la prevención de sucesos adversos.

### **Objetivo específico 2**

Establecer la relación entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022

**Tabla 4** *Análisis correlacional entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos*

|                              | Dirección (n=110) |
|------------------------------|-------------------|
|                              | Rho Spearman      |
| Administración clínica       | 0,349**           |
| Procedimientos asistenciales | 0,449**           |
| Errores en la documentación  | 0,241*            |
| Errores en la medicación     | 0,374**           |

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d (Tamaño de efecto de Cohen): Pequeño; \*\*p<0,01; \*p<.05

H<sub>0</sub>: No Existe relación estadísticamente significativa entre dirección y dimensiones de prevención de eventos adversos

### **Criterios de decisión estadística**

p-valor<.05: Se impugna la H<sub>0</sub>



p-valor>.05: Se admite la  $H_0$

**Decisión estadística:** Se refuta  $H_0$

### Interpretación

Los resultados de la tabla 4, muestran valores de correlación existentes entre dirección y dimensiones de prevención de eventos adversos, hallándose p-valor<0,05, refutando  $H_0$  y aceptar la existencia de relación significativa entre dirección y dimensiones de prevención de eventos adversos, demostrando relación directa con tamaño del efecto mediano entre dirección y administración clínica, procedimientos asistenciales y errores en la medicación; relación directa con tamaño de efecto pequeño entre dirección y errores en la documentación; significando que a una eficiente dirección mejorarán las dimensiones de prevención de sucesos adversos.

### Objetivo específico 3

Identificar la relación entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022

**Tabla 5** *Análisis correlacional entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos*

|                              | Comunicación (n=110) |
|------------------------------|----------------------|
|                              | Rho Spearman         |
| Administración clínica       | 0,317**              |
| Procedimientos asistenciales | 0,334**              |
| Errores en la documentación  | 0,330*               |
| Errores en la medicación     | 0,294**              |

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d (Tamaño de efecto de Cohen): Pequeño; \*\*p<0,01; \*p<.05

$H_0$ : No Existe relación estadísticamente significativa entre comunicación y dimensiones de prevención de eventos adversos

### Criterios de decisión estadística

p-valor<.05: Se impugna la  $H_0$

p-valor>.05: Se admite la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se refuta H<sub>0</sub>

### Interpretación

Los resultados de la tabla 5, muestran valores de correlación existentes entre comunicación y dimensiones de prevención de eventos adversos, hallándose p-valor<0,05, refutando H<sub>0</sub> y aceptar que existe relación significativa entre comunicación y dimensiones de prevención de eventos adversos, mostrando relación directa con tamaño del efecto mediano entre comunicación y administración clínica, procedimientos asistenciales y errores en documentación; relación directa y tamaño de efecto pequeño entre comunicación y errores en la medicación; significando que a una eficiente comunicación mejorarán las dimensiones de la prevención de sucesos adversos.

### Objetivo específico 4

Establecer la relación entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

**Tabla 6** *Análisis correlacional entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos*

|                              | Sucesos notificados (n=110) |
|------------------------------|-----------------------------|
|                              | Rho Spearman                |
| Administración clínica       | 0,270**                     |
| Procedimientos asistenciales | 0,284**                     |
| Errores en la documentación  | 0,255**                     |
| Errores en la medicación     | 0,272**                     |

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d (Tamaño de efecto de Cohen): Pequeño; \*\*p<0,01; \*p<.05

H<sub>0</sub>: No Existe relación estadísticamente significativa entre sucesos notificados y dimensiones de prevención de eventos adversos

### Criterios de decisión estadística

p-valor<.05: Se impugna la H<sub>0</sub>

p-valor>.05: Se admite la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se refuta  $H_0$

### Interpretación

Los resultados de la tabla 6, muestran valores de correlación existentes entre sucesos notificados y dimensiones de prevención de eventos adversos, hallándose  $p$ -valor  $< 0,05$ , refutando  $H_0$  y aceptar la existencia de relación significativa entre sucesos notificados y dimensiones de prevención de eventos adversos, mostrando relación directa con tamaño del efecto pequeño entre sucesos notificados y administración clínica, procedimientos asistenciales, errores en la documentación y errores en la medicación; significando que a una eficacia de los sucesos notificados mejorarán las dimensiones de prevención de sucesos adversos.

### Objetivo específico 5

Describir la relación entre la atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

**Tabla 7** *Análisis correlacional entre atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos*

|                              | Atención primaria (n=110) |
|------------------------------|---------------------------|
|                              | Rho Spearman              |
| Administración clínica       | 0,220**                   |
| Procedimientos asistenciales | 0,384**                   |
| Errores en la documentación  | 0,215*                    |
| Errores en la medicación     | 0,363**                   |

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d (Tamaño de efecto de Cohen): Pequeño; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < .05$

$H_0$ : No Existe relación estadísticamente significativa entre atención primaria y dimensiones de prevención de eventos adversos

### Criterios de decisión estadística

$p$ -valor  $< .05$ : Se impugna la  $H_0$

p-valor>.05: Se admite la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se refuta H<sub>0</sub>

### Interpretación

Los resultados de la tabla 7, muestran valores de correlación existentes entre atención primaria y dimensiones de prevención de eventos adversos, hallándose p-valor<0,05, refutando H<sub>0</sub> y aceptar la existencia de relación significativa entre atención primaria y dimensiones de prevención de eventos adversos, mostrando relación directa con tamaño del efecto pequeño entre atención primaria y administración clínica y errores en documentación; relación directa y tamaño de efecto mediano entre procedimientos asistenciales y errores en la medicación; significando que a una eficiente atención primaria optimizarán las dimensiones de la prevención de sucesos adversos.

### Estadística descriptiva

**Tabla 8** Análisis descriptivo de variable seguridad del paciente crítico y sus dimensiones

| Dimensiones  | Área de trabajo |      | Dirección |     | Comunicación |     | Sucesos notificados |      | Atención primaria |      | Seguridad del paciente crítico |     |
|--------------|-----------------|------|-----------|-----|--------------|-----|---------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|-----|
|              | f               | %    | f         | %   | f            | %   | f                   | %    | f                 | %    | f                              | %   |
| Buena        | 46              | 41.8 | 45        | 41  | 49           | 45  | 36                  | 32.7 | 47                | 42.7 | 50                             | 45  |
| Regular      | 54              | 49.1 | 59        | 54  | 54           | 49  | 47                  | 42.7 | 54                | 49.1 | 54                             | 49  |
| Mala         | 10              | 9.1  | 6         | 5   | 7            | 6   | 27                  | 24.5 | 9                 | 8.2  | 6                              | 5   |
| <b>Total</b> | 110             | 100  | 110       | 100 | 110          | 100 | 110                 | 100  | 110               | 100  | 110                            | 100 |

Nota: Instrumentos de recolección de datos

La tabla 8 y figura 2, expresan resultados de datos descriptivos de la variable seguridad del paciente crítico y sus respectivas dimensiones, evidenciándose un alto predominio en el nivel regular, tanto de la variable como de sus dimensiones; donde claramente se evidencian porcentajes altos en las dimensiones: área de trabajo (49,1% nivel regular); dirección (54% nivel regular); comunicación (49% nivel regular); sucesos notificados (42,7% nivel regular) y la atención primaria (49,1% nivel regular). Igualmente, la variable seguridad del paciente crítico, se

evidenció que el personal interno la percibió en un 49% nivel regular, 45% nivel bueno y 5% nivel malo.

**Tabla 9** *Análisis descriptivo de la variable prevención de eventos adversos*

| Dimensiones  | Administración clínica |     | Procedimientos asistenciales |     | Errores en la documentación |     | Errores en la medicación |     | Prevención de eventos adversos |      |
|--------------|------------------------|-----|------------------------------|-----|-----------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------------|------|
|              | f                      | %   | f                            | %   | f                           | %   | f                        | %   | f                              | %    |
| Buena        | 29                     | 26  | 24                           | 22  | 25                          | 23  | 23                       | 21  | 38                             | 34.5 |
| Regular      | 62                     | 56  | 75                           | 68  | 73                          | 66  | 71                       | 65  | 69                             | 62.7 |
| Mala         | 19                     | 17  | 11.0                         | 10  | 12                          | 11  | 16                       | 15  | 3                              | 2.7  |
| <b>TOTAL</b> | 110                    | 100 | 110                          | 100 | 110                         | 100 | 110                      | 100 | 110                            | 100  |

Nota: Instrumentos de recolección de datos

Los resultados en la tabla 9 y figura 3, expresan datos descriptivos de la variable prevención de sucesos adversos y sus respectivas dimensiones, evidenciándose un alto predominio en el nivel regular, tanto de la variable como de sus dimensiones; donde claramente se evidencian porcentajes altos en las dimensiones: administración clínica (56% nivel regular); procedimientos asistenciales (68% nivel regular); errores en documentación (66% nivel regular); errores en la medicación (65% nivel regular). Asimismo, la variable prevención de eventos adversos reveló que el personal interno la percibió en un 62,7% nivel regular, 34,5% nivel bueno y 2,7% nivel malo.

## **V. DISCUSIÓN**

Respecto al objetivo general que expuso determinar la relación entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022, se identificó correlación significativa con tamaño de efecto grande entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos ( $Rho=0,615$ ;  $p<0,01$ ); y un 37% de la seguridad del paciente crítico se halla explicado en la prevención de eventos adversos; es decir que, a gran resultado de seguridad del paciente crítico, se incrementará la prevención de eventos adversos al momento de efectuar el traslado en un hospital de Guayaquil.

Resultados que coinciden con Mori (2018), quien efectuó su estudio respecto a la percepción de la seguridad del paciente y prevención de sucesos adversos, optando desplegar un diseño no experimental correlacional y por elegir una muestra de 40 personal enfermero, a quienes les aplicó también cuestionarios confiables; cuya correlación fue significativa; y al mismo tiempo concluye que existe evidencia estadística que plantea la relación entre cultura de seguridad de los pacientes y prevención de sucesos perniciosos por el profesional de salud; en este sentido Moya (2018), refiere que la seguridad del paciente crítico se

caracteriza por ser un grupo de elementos organizados, técnicas, instrumentos y métodos fundados en evidencias expertamente confirmadas que directamente propenden por abreviar los riesgos de sufrir eventos perniciosos en pleno procedimiento de asistencia sanitaria. Cabe resaltar el “Modelo teórico de seguridad de Reason” Ccencho, (2017), cuando establece que cada persona es la causa fundamental del problema, y por consiguiente debe recibir una sanción respectiva, persiguiendo que posteriormente tenga mucho más cuidado en su accionar sanitario.

Por otro lado, se admite acotar lo sustentado por Flórez (2022), quien considera que todo evento adverso acontece partiendo de innovaciones de índole científicas, especializadas, sociales y políticas que asumen una asociación directa con la atención clínica ofrecida en el contexto sanitario; ello implica que debe efectuarse una evaluación constante de los riesgos vinculados a la atención clínica para diseñar y establecer las barreras de seguridad pertinentes; cuyo fin determinará plantear estrategias que propendan fortalecer la seguridad del paciente crítico y prevenir sucesos desfavorables en los usuarios internos y externos del ámbito de la salud.

Según el primer objetivo específico, describió el vínculo entre área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y dimensiones de la prevención de eventos adversos; resultando relación significativa entre área de trabajo y dimensiones de prevención de eventos adversos, demostrando relación directa con tamaño del efecto grande entre área de trabajo y administración clínica, apreciando ( $Rho=0,524$ ); relación directa y tamaño de efecto mediano entre área de trabajo y procedimientos asistenciales, evidenciándose ( $Rho=0,432$ ); una relación directa con tamaño de efecto mediano entre área de trabajo y errores en la documentación, reflejando ( $Rho=0,355$ ); y una relación directa con tamaño de efecto pequeño entre área de trabajo y Errores en la medicación, estimando ( $Rho=0,236$ ); significando que a una óptima área de trabajo mejorarán las dimensiones de prevención de sucesos adversos.

Asimismo, se presentan coincidencias con Carneiro (2021), quien realizó su estudio relacionado a identificar la cultura de seguridad de pacientes, en diferentes áreas de trabajo en un centro médico; desplegando un estudio cuantitativo, de diseño correlacional y descriptivo, aplicando cuestionarios a una muestra considerable de 393 participantes; concluyendo que aunque otras áreas médica han logrado evaluaciones intensamente positivas, cuyos resultados no manifestaron significación estadística confrontadas con las otras áreas. Lo que admite resaltar lo acotado por Villalba (2022), quien sustenta que debe otorgarse seguridad mucho más allá de lo demandadas por las normatividades y protocolos, en consecuencia, que el personal clínico logren mentalizarse en relación a la responsabilidad que les toca asumir persistentemente sobre la seguridad de sus pacientes.

También, se admite reconocer lo formulado por Codutti (2016), quien argumenta que toda área o ambiente de trabajo, está predispuesto al acontecimiento de errores y riesgos que pueden tener serias implicancias en la asistencia clínica; en tal sentido esto implica que debe practicarse una cultura sólida de seguridad y que el personal sanitario reflexione respecto a errores y ocurrencias, con la finalidad de que la seguridad de los pacientes se torne más efectiva, en el marco de la prevención de eventos perniciosos.

El segundo objetivo específico estuvo centrado en establecer el vínculo entre dirección de la seguridad del paciente crítico y dimensiones de la prevención de sucesos adversos; implicando un vínculo a nivel significativo entre la dirección y prevención de eventos adversos, demostrando vínculo directo con tamaño del efecto grande entre dirección y administración clínica, estableciendo ( $Rho=0,524$ ); una relación directa con tamaño de efecto mediano entre dirección y procedimientos asistenciales, revelando ( $Rho=0,432$ ); relación directa y tamaño de efecto mediano entre dirección y errores en la documentación, evidenciándose ( $Rho=0,355$ ); relación directa y tamaño de efecto pequeño entre dirección y errores en la medicación, valorada en ( $Rho=0,236$ ); significando que a una eficiente dirección mejorarán las dimensiones de la prevención de sucesos adversos.



Se evidencia ciertas similitudes con Lin (2020), quien investigó sobre la seguridad del paciente, y la función del área de dirección, desplegando un estudio a nivel correlacional y descriptivo, focalizando una muestra de 85 personal interno de la salud, los que respondieron a encuestas y cuestionarios respecto al comportamiento de las variables; asimismo, llegan a concluir que en gran porcentaje las auditorías a nivel del área de dirección demostraron mejoras en el trabajo en equipo que se efectúa durante el transporte de pacientes, dado que en los miembros del nosocomio fluyó una acentuada integridad y corrección de actividades laborales esenciales.

Asimismo, cabe precisar los aportes de López (2017), quien conceptúa que la dimensión dirección, es un nivel jerárquico propenso a conservar un clima laboral que propicie una trayectoria consistente, constante y clara que implique una seguridad de la paciente óptima en cualquiera de las áreas clínicas del centro sanitario. Al mismo tiempo el Ministerio de salud (2020), arguye que los niveles de seguridad es una responsabilidad inherente de la dirección y que siempre debe permanecer visible al igual que su personal sanitario, comprometidos todos con el objetivo de perfeccionar la seguridad de sus pacientes, quienes demandan de una atención de calidad.

En este sentido se hace necesario que se sigan efectuando estudios relacionados a la seguridad del paciente, dado que los resultados lo ameritan, al mismo tiempo implica poder recomendar la implementación de sesiones informativas asistidas que mejorarían de manera integral la seguridad de los pacientes que padecen enfermedades críticas y las conductas del profesional sanitario cuando efectúa su servicio clínico.

El tercer objetivo específico se orientó por identificar el vínculo entre comunicación de la seguridad del paciente crítico y dimensiones de la prevención de sucesos adversos; mostrando relación directa con tamaño del efecto mediano entre comunicación y administración clínica, evidenciando un ( $Rho=0,317$ ); relación directa y tamaño de efecto mediano entre comunicación y

procedimientos asistenciales, expresando un ( $Rho=0,334$ ); relación directa y tamaño de efecto mediano comunicación y errores en la documentación, manifestado u ( $Rho=0,330$ ); y una relación directa con tamaño de efecto pequeño entre comunicación y errores en la medicación, evidenciando un ( $Rho=0,294$ ); significando que a una eficiente comunicación, mejorarán las dimensiones de la prevención de sucesos adversos.

Se muestran coincidencias con Al (2020), quien realizó su estudio vinculado a evaluar las actitudes de seguridad del paciente entre el personal clínico, desplegando una metodología cuantitativa, un nivel correlacional y descriptiva, que eligió una muestra de 80 enfermeras, quienes respondieron a encuestas y cuestionarios validados y confiables; cuya conclusión manifiesta que se demanda practicar una cultura comunicativa asertiva y una seguridad eficiente en los centros de salud.

Al mismo tiempo se torna imprescindible destacar el aporte teórico de Pérez (2019), cuando determina que la dimensión comunicación, está coligada a brindar datos e información veraz y relacionadas a ocurrencias y errores, cambios efectuados y formas de advertir errores; también la OMS (2020), plantea que los niveles de comunicación deben conservarse, para poder corregir el procedimiento de organización, tomar decisiones, dar solución a la problemática y proponer objetivos; asimismo, promueve el compartir atenciones que necesitan los pacientes; manifestándose en resultados positivos para éste.

En este sentido se torna necesario que se efectúen estudios que impliquen conocer a profundidad las responsabilidades por parte del personal directivo y de gerencia, en sus tomas de decisiones de las asistencias clínicas y de conocer también hasta qué nivel tienen la capacidad de promover una cultura comunicativa vinculada a la seguridad de pacientes por parte del trabajador sanitario a su cargo.

El cuarto objetivo específico se instauró por establecer el vínculo entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la

prevención de sucesos adversos; donde existe de relación significativa entre comunicación y dimensiones de prevención de sucesos adversos, mostrando relación directa con tamaño del efecto mediano entre comunicación y administración clínica, manifestando una ( $Rho=0,317$ ); relación directa y tamaño de efecto mediano entre comunicación y procedimientos asistenciales, evidenciándose un ( $Rho=0,334$ ); relación directa y tamaño de efecto mediano comunicación y errores en la documentación, revelando un ( $Rho=0,330$ ); y relación directa con tamaño de efecto pequeño entre comunicación y errores en la medicación, enunciando un ( $Rho=0,294$ ); significando que a una eficacia de los sucesos notificados mejorarán las dimensiones de prevención de sucesos adversos.

En este sentido se admite discrepar con Vasco (2017), quien efectuó un estudio con el fin de identificar la cultura de seguridad de los pacientes, incidiendo en un enfoque cuantitativos y diseño descriptivo, representado por un grupo muestral de 167 profesionales, todos ellos sometidos a responder una encuesta y cuestionarios validados; cuyos resultados enunciaron que los profesionales de enfermería poseen una amplia experticia sobre seguridad de sus pacientes, dado que conocen plenamente su entorno laboral; pero muy contradictorio con los sucesos notificados del personal enfermero, a razón que arrojaron ciertas situaciones que no concuerdan con el cumplimiento del clima de seguridad, estableciéndose desconfianza por parte de los pacientes.

Asimismo, Vasco (2017), concluye que no existe personal sanitario idóneo que esté predispuesto a otorgar una seguridad excelente a sus pacientes; por motivo que no se practica constantemente una cultura de prevención de eventos adversos; En este sentido Guerra (2017), explica que todo suceso notificado, encierra información apropiada de sucesos, incidentes o acontecimientos desfavorables y sus estadísticas, posibilitando a que el profesional sanitario formalice la notificación en su ámbito de funciones, además que existen elementos que perturban directamente el manejo de notificaciones, destacando la carencia de sistemas informáticos integrados, así como responsabilidades

diferentes a notificar que se resaltan en el personal que ejerce cargos a nivel directivo o administrativos (Fombona, 2016).

Todos los resultados encaminan a plantear la realización de estudios posteriores que tiendan a focalizar entidades sanitarias con muestras mucho más amplias y poder reconocer hasta que nivel llegan la práctica de los sucesos notificados, con tendencia a fomentar una cultura de seguridad del paciente y advertir eventos perniciosos que puedan perturbar el estado de salud de los usuarios.

El quinto objetivo específico se orientó por describir el vínculo entre atención primaria de la seguridad del paciente crítico y dimensiones de prevención de eventos adversos; existiendo vínculo significativo entre atención primaria y dimensiones de prevención de sucesos adversos, mostrando relación directa con tamaño del efecto pequeño entre atención primaria y administración clínica, evidenciada en ( $Rho=0,220$ ); relación directa con tamaño de efecto mediano entre atención primaria y procedimientos asistenciales, enunciando un ( $Rho=0,384$ ); vínculo directo y tamaño de efecto pequeño entre atención primaria y errores en la documentación, apreciando un ( $Rho=0,215$ ); y relación directa y tamaño de efecto mediano entre atención primaria y errores en la medicación, evidenciándose un ( $Rho=0,363$ ); significando que a una eficiente atención primaria se optimizarán las dimensiones de prevención de eventos adversos.

Se presenta confrontación con Sanz (2017), quien en su estudio relacionado a la seguridad del paciente, desplegó una metodología de índole cuantitativa; eligiendo una muestra de solo 31 personal sanitario, aplicándoseles una encuesta precedida de instrumentos para recoger datos de las variables; logrando concluir que la seguridad del paciente reveló altas puntuaciones asociado al efectivo cumplimiento de las funciones del personal sanitario lo que se reflejó en la satisfacción de los pacientes cuando recibieron atención primaria; por otro lado el área administrativa se involucró en la confianza del personal tanto interno como externo.

En este sentido, es preciso mencionar a Coll (2021), cuando argumenta que la atención primaria es un factor esencial en la seguridad del paciente, dado que brinda sociabilidad a pacientes, familiares y comunidad; y que se efectúa a través de medios aceptables para ellos, con alta participación y costos económicos asequibles. Además, que no se debe perder de vista que esta atención primaria involucra una diversidad de riesgos derivados por los procesos, recursos tecnológicos e interacciones entre personas, lo que constituye labores fructuosas que pueden demandar eventos desfavorables (Hillman, 2018).

Cabe resaltar que los resultados admiten a que se siga investigando en relación a la seguridad del paciente crítico y las implicancias de los sucesos adversos que siempre están presentes en los procesos clínicos que se brindan en un centro asistencial; además de identificar otros factores que inciden en la atención sanitaria y que muchas veces ocasionan insatisfacciones en los usuarios.

Respecto al análisis descriptivo de la variable seguridad del paciente crítico, presentado en la tabla 9, se expresó que la variable seguridad del paciente crítico, fue percibida por el personal interno en un 49% nivel regular, 45% nivel bueno y 5% nivel malo; resultados que pueden contrastarse con los de Carneiro (2021), dado que un 66,5% de los participantes expresaron de manera negativa la seguridad de sus pacientes.

En relación al análisis descriptivo de la variable prevención de eventos adversos, presentado en la tabla 10, se reveló que la variable prevención de eventos adversos fue percibida por el personal interno en un 62,7% nivel regular, 34,5% nivel bueno y 2,7% nivel malo; resultados que coinciden con Contreras (2021), quien concluye que la variable eventos adversos se manifestó en un 64% en nivel medio y además que en la atención clínica ocurren diferentes riesgos que inciden en los pacientes y que por algunas circunstancias no son registrados de manera correcta.

En el estudio se evidenciaron limitaciones las que estuvieron acentuadas en la variable tiempo, que influyó en el diseño y acomodo de los cuestionarios los cuales debían adecuarse al contexto de las variables elegidas. Asimismo, el proceso de validación de instrumentos demandó esperar por un tiempo considerable, para que los expertos revisen de manera concienzuda y puedan otorgar una valoración precisa y concreta.

Cabe precisar que la investigación es relevante para la comunidad del ámbito sanitario, partiendo desde la formulación del problema hasta sus resultados, los que son consecuencia del desarrollo de las fases de la investigación científica, donde se logró aceptar la hipótesis investigada, para satisfacción del investigador; en este sentido los resultados se convirtieron en aportes direccionados a optimar la seguridad del paciente y prevención de sucesos desfavorables en los centros clínicos, redundando positivamente en la población usuaria

## **VI. CONCLUSIONES**

1. Se estableció la existencia de relación positiva moderada con un índice ( $Rho=524$ ), y tamaño de efecto grande entre seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil.
2. Se estableció la existencia de relación directa y tamaño del efecto grande entre área de trabajo y administración clínica; relación directa y tamaño de efecto mediano entre área de trabajo y procedimientos asistenciales y errores en la documentación; y relación directa y tamaño de efecto pequeño entre área de trabajo y errores en la medicación.

3. Se estableció que existe relación directa y tamaño del efecto mediano entre dirección y administración clínica, procedimientos asistenciales y errores en la medicación; relación directa y tamaño de efecto pequeño entre dirección y errores en la documentación; significando que a una eficiente dirección mejorarán las dimensiones de la prevención de eventos adversos.
4. Se estableció que existe relación directa y tamaño del efecto mediano entre comunicación y administración clínica, procedimientos asistenciales y errores en la documentación; relación directa con tamaño de efecto pequeño entre comunicación y errores en la medicación.
5. Se estableció que existe relación directa y tamaño del efecto pequeño entre sucesos notificados y administración clínica, procedimientos asistenciales, errores en la documentación y errores en la medicación; significando que a una eficacia de los sucesos notificados mejorarán las dimensiones de la prevención de eventos adversos.
6. Se estableció la existencia de relación directa y tamaño del efecto pequeño entre atención primaria y administración clínica y errores en la documentación; relación directa y tamaño de efecto mediano entre procedimientos asistenciales y errores en la medicación; significando que a una eficiente atención primaria se optimizarán las dimensiones de prevención de eventos adversos.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda al área directiva del hospital capacite al personal sanitario respecto a la seguridad del paciente crítico y efectúe un registro permanentemente sobre los eventos adversos ocurridos y poder otorgarles el tratamiento adecuado.
2. Se recomienda al profesional administrativo del hospital, efectúe de manera permanente un monitoreo y mantenimiento a las áreas de trabajo donde se brinda el servicio clínico con la finalidad que el personal interno pueda ejercer su función cómodamente dando seguridad a sus pacientes.

3. Se recomienda al personal directivo mediante estrategias de trabajo debe percibirse visible al igual que su personal sanitario, en todos los procedimientos que demandan las atenciones clínicas, a razón que ello brindará seguridad y confianza a los pacientes.
4. Se recomienda al personal directivo capacite al personal interno para que afiance los niveles de comunicación con sus pares y pacientes, practicando la claridad, coherencia y amabilidad cuando se dirige a ellos y se tomen decisiones o pretenda solucionar algún conflicto.
5. Se recomienda al área administrativa actualice constantemente los sistemas informáticos con la finalidad que los sucesos notificados registrados por el personal interno puedan recibir el tratamiento respectivo y pertinente en menos tiempo.
6. El personal directivo efectúe talleres con personal especializado para que el usuario interno fortalezca los niveles de atención primaria, poniendo en ejercicio su sociabilidad, capacidad de escucha y respeto hacia sus pacientes, familiares y comunidad que demandan de un buen servicio sanitario.
7. La comunidad científica a partir de los resultados de la presente investigación promueva que futuros investigadores centren su atención en investigar de manera profunda con grupos pilotos de diferentes nosocomios la incidencia de la seguridad del paciente crítico y la prevención de sucesos adversos.

## REFERENCIAS

- Achury, D. (2017). Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. *Revista Salud Uninorte*. 33(2). p. 105-117.  
<https://www.redalyc.org/journal/817/81753189005/html/>
- Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (2015). *Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente*. ANSP. 8(34). 56-59.
- Al-Mugheed, K., & Bayraktar, N. (2020). Patient safety attitudes among critical care nurses: A case study in North Cyprus. *The International journal of health*



*planning and management*, 35(4), 910–921.  
<https://doi.org/10.1002/hpm.2976>

- Baños, L. (2021). *Gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en usuarios internos de un hospital de Daule en tiempos COVID-19, 2021*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo].  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/77064/Ba%  
%b1os\\_PLF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/77064/Ba%c3%b1os_PLF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Betancourt, J. (2011). Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) y Eventos Adversos. *Revista Sanisalud*. 3(34). 56-64.
- Campoverde, A. (2017). *Administración clínica y los procesos de logística en una institución de nivel sanitario*. *Alpesar* 12(4)
- Canga, A, Narvaiza, M. (2006). *Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos*. Gerokomos
- Cárdenas, R. (2013). *Métodos investigativos*. Lion.
- Carneiro, A. S., Dalmolin, G. L., Magnago, T., Moreira, L. P., Costa, E. D., & Andolhe, R. (2021). Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 55, e20210141. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0141>
- Ccencho, N. (2017). *Cultura de Seguridad del Paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima 2017*. [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]Obtenido de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17837/Ccencho\\_SNI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17837/Ccencho_SNI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Codutti, P. (2016). *Ambiente laboral como espacio del desarrollo de las relaciones interpersonales*. *Revista Laboral*. 4(12).
- Coll, T. (2021). *Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia*. *National Library of Medicine*. 53(1).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8603466/>
- CONCYTEC (2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica - reglamento *RENACYT*. 2(3).  
[https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento\\_renacyt\\_version\\_fi  
nal.pdf](https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf)

- Contreras, N. (2021). *Gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos durante Covid-19 en Centro de Salud Isla Bejuca, 2021*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV\\_8584fc9c6e0b496c36d077e4ff795630](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_8584fc9c6e0b496c36d077e4ff795630)
- Cooper, R (2016). *Seguridad del paciente en el ámbito sanitario*. Medicina Transformadora. 6(75).
- Costa, A. (2020). *Promover una cultura de seguridad, higiene y salud en el trabajo*. Prevencionar. <https://prevencionar.com/2022/02/09/promover-una-cultura-de-seguridad-higiene-y-salud-en-el-trabajo/#:~:text=La%20promoci%C3%B3n%20de%20una%20cultura,organizacional%2C%20a%20partir%20de%20las>
- Encina, P (2016). *Errores de medicación*. Instituto de Salud Pública. 1(3). <https://www.ispch.cl/newsfarmacovigilancia/07/images/parte04.pdf>
- Escalante, (2018). *Nivel de conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del profesional de salud del centro quirúrgico del hospital regional Cuzco – 2018*. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4522>
- Espinoza Jumbo, L. (2017). *Evaluación del riesgo laboral en relación a notificaciones de eventos adversos en el área de emergencia del hospital Teófilo Dávila*. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10366>
- Flórez, F. (2022). *Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas*. National Library of Medicine. 42(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9084615/>
- Fombona, J. (2016). *Los problemas de los recursos informáticos en el contexto universitario*. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad – CTS. 11(32). <https://www.redalyc.org/journal/924/92445928009/html/>
- Gálvez, J. (2014) *Métodos y técnicas de investigación social*. Lima.
- García, J. (2019). *El sistema de salud en el Ecuador*. Gaceta Jurídica. <https://docs.bvsalud.org/leisref/2018/03/310/minsa-ley-organica-del-sistema-nacional-del->

[salud.pdf#:~:text=%2D%20La%20presente%20Ley%20tiene%20por,Finalida  
d%20y%20Constituci%C3%B3n%20del%20Sistema.](#)

- Geller, H. (2015). *Seguridad de pacientes post operatorio*. Saludteins.
- González, F. (2019). *¿Cómo se relaciona el ambiente laboral y la experiencia del empleado?* Hotter. 45(6).
- Guerra, A. (2017). *La vigilancia de los eventos sanitarios a través de los medios de comunicación en Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 34(3).  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300005)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición.
- Hernández, Et al. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Hillman, G. (2018). *Health care of patients in post-surgery hospital*. Caresalud. Clinic. 45(3).
- Lin, S. J., Tsan, C. Y., Su, M. Y., Wu, C. L., Chen, L. C., Hsieh, H. J., Hsiao, W. L., Cheng, J. C., Kuo, Y. W., Jerng, J. S., Wu, H. D., & Sun, J. S. (2020). Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness. *BMJ open quality*, 9(2), e000698.  
<https://doi.org/10.1136/bmjog-2019-000698>
- Lynch, S. (2022). *Errores de medicación*. MANUAL MSD. 1(12).  
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/introducci%C3%B3n-a-los-f%C3%A1rmacos/errores-de-medicaci%C3%B3n>
- López, F. (2017). *La dirección como estrategia para la visión organizacional*. Revista administrativa Sensacional 78(4).
- Martínez, G. (2018). *¿La organización empresarial y cómo surgir como empresa?* Bussines School. 3.(7).
- Meléndez, A. (2015). *Procedimientos asistenciales en la estancia sanitaria de una clínica*. Revista Health Journal. 67(23).
- Morales, V. (2014). *Evaluación de la gestión y manejo de residuos sólidos en el laboratorio de referencia regional de salud pública de Ayacucho*, según la NT

- N° 096-2012 MINSA/DIGESA V.01. Ayacucho, 2014. Tesis.  
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1699>
- Mori Yachas, N. (2018). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/12905>
- Moya, O. (2018). The Patient Safety in the Primary Health Care. An Activity that Could be Overlooked? *Journal Health*. 4(6). 23-32.
- Narváez, M. (2021). *Factores de riesgo físicos y psicológicos relacionados con COVID-19 del personal del Centro de Salud Tulcán Sur*. Revista Scielo. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. 9(1).  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000800123&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000800123&script=sci_arttext&tlng=es)
- OMS (2020). *Encuentro internacional de ciencias médicas*. Medicsalud.
- OMS (2020a). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/patientsafety/es/>.
- OPS (2021). *Manual de vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización en la Región de las Américas*. PAHO.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55384>
- Parsehian, S. (2016). *La gestión de seguridad y la importancia de la prevención de los riesgos en los laboratorios clínicos*.  
<https://www.sarda.org.ar/images/2016/01%20-%20Gestion%20de%20riesgos%20-%20Der%20Parsehian.pdf>
- Pérez, Y. (2019). *Estrategias pedagógicas para desarrollar la dimensión comunicativa*. Revista Inclusión y Desarrollo. 3(6).  
<https://revistas.uniminuto.edu/index.php/IYD/article/view/1770/2688>
- Potter, A. (2021). Factores que influyen en la seguridad del paciente. *Elsevier*. 9(3). 11-15. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-factores-que-influyen-en-la-seguridad-del-paciente>
- Ramírez, V. (2021). *Seguridad del paciente crítico durante el traslado intrahospitalario*. [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia].  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11442/Seguridad\\_RamirezLeandro\\_Victor.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11442/Seguridad_RamirezLeandro_Victor.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Rayhan, A. (2022). *Medication Dispensing Errors And Prevention*. National Library of Medicine. 45(7). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>
- Reason, J (1990). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Amazon.
- Reina, B. (2020). *Gestión de seguridad y prevención de eventos adversos evaluada por personal médico del Centro de Salud Montalvo, Ecuador, 2020*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49520>
- Rocco, C. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2022. OPS. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2022>
- Rodríguez, W. (2004). *Apuntes Bioéticos desde el campo de la salud-Odontología*. Caracas.
- Rodziewicz, T. (2022). *Medical Error Reduction and Prevention*. National Library of Medicine. 4(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Sanz, G. (2017). *Seguridad del paciente y la responsabilidad del personal de salud del Hospital Universitario la Paz*. Tesis. Madrid 284: Universidad Complutense de Madrid.
- Serruya, S. (2018). *Abordaje y la prevención de errores que ocurren en el cuidado de los recién nacidos*. OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49097/9789275320068-spa.pdf>
- Shijeru, F. (2019). Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture. *Jornal Medicine*. 98(1). 1-2. [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/12130/Patient\\_safety\\_management\\_systems,\\_activities\\_and.77.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/12130/Patient_safety_management_systems,_activities_and.77.aspx)
- Tammy, J. (2022). *Florida Nurse Practice Act Laws and Rules*. National Library of Medicine. 1(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532859/>
- Torijano, M. (2021). *La seguridad de los profesionales como condición indispensable para la seguridad de los pacientes*. National Library of Medicine. 53 (3). <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-seguridad-profesionales-como-condicion-S021265672100250X>

- Vasco González, I. (2017). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del Hospital de Mérida*. Dehesa. [Tesis de grado, Universidad de Extremadura]. <https://dehesa.unex.es/handle/10662/6153>
- Villalba, J. (2022). *La responsabilidad civil por productos médico-sanitarios defectuosos, de la prevención a la reparación*. Estudios Socio Jurídicos. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-05792021000200303](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-05792021000200303)
- Vincent, C., Amalberti, R. (20146). *Seguridad del paciente. Estrategia para una asistencia sanitaria más segura*. Ergotec. [https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf)
- Wilkin, D. (2020). *Measures of need and outcome for primary health care*. APA PsycNet. <https://psycnet.apa.org/record/1993-97294-000>
- Zambrano, A. (2021). *Informe N° 123-2021-Área hospitalización-ZAJ*. Hospital Guayaquil.

## Anexos

### Anexo 1. Matriz de consistencia

| TÍTULO: Seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022  |  |  |                                |  |   |  |   |   |
|--|--|--|--------------------------------|--|---|--|---|---|
| PROBLEMAS  | OBJETIVOS  | HIPÓTESIS  | VARIABLES                      | DIMENSIONES  | INDICADORES   | MÉTODO   |   |   |
| <b>Problema General</b>  | <b>Objetivo General</b>  | <b>Hipótesis General</b>   |                                |  |   | <b>Tipo de Investigación:</b><br>Básica                      |   |   |
| ¿Cuál es la relación de la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022?  | Determinar la relación entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.   | Hi. Existe una relación positiva entre la seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.                               | Seguridad del paciente crítico | <ul style="list-style-type: none"> <li>Área de trabajo</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo mutuo</li> <li>Trabajo en equipo</li> <li>Trato y prevención</li> </ul>    | <b>Diseño de Investigación:</b><br>Descriptivo correlacional |   |   |
|  |  |  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Relaciones interpersonales</li> <li>Estrategia de trabajo y seguridad</li> </ul> |  |   |   |
|  |  |  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación</li> <li>Prevención</li> </ul>                                      |  |   |   |
|  |  |  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sucesos notificados</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Notificaciones</li> </ul>  |  |   |   |
|  |  |  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención primaria</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguridad</li> </ul>   |  |   |   |
|  | <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Hipótesis Específicas</b>   |                                |  |   |  |   | <b>Población:</b><br>110 profesionales sanitarios |
|  | 1. Describir la relación entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022. | 1. Existe relación entre el área de trabajo de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022. | Prevención de eventos adversos | <ul style="list-style-type: none"> <li>Administración clínica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones</li> </ul>   |  | <b>Muestra:</b><br>110 profesionales sanitarios |   |
| 2. Establecer la relación entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.        | 2. Existe relación entre la dirección de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos asistenciales</li> </ul>   |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecución</li> </ul>              |   |  |   |   |
| 3. Identificar la relación entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.    | 3. Existe relación entre la comunicación de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Errores en la documentación</li> </ul>  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos</li> </ul>             |   |  |   |   |
| 4. Establecer la relación entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022. | 4. Existe relación entre sucesos notificados de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Errores en la medicación</li> </ul>   |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes y medicación</li> </ul> |   |  |   |   |
| 5. Describir la relación entre la atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022. | 5. Existe relación entre la atención primaria de la seguridad del paciente crítico y las dimensiones de la prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.     |  |                                |  | <b>Muestreo:</b><br>Censal  |  |   |   |
|  |  |  |                                |  | <b>Técnicas:</b><br>Encuesta  |  |   |   |
|  |  |  |                                |  | <b>Instrumentos:</b><br>Cuestionarios   |  |   |   |

## Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

| VARIABLES DE ESTUDIO           | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | DIMENSIÓN                      | INDICADORES   | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------|
| Seguridad del paciente crítico | Shigeru (2019), la conceptúa como el producto que comprende a las cualidades, saberes, aptitudes, actitudes y patrones comportamentales personales y grupales, con énfasis a establecer el compromiso, responsabilidad y la forma de gestionar la seguridad y salud a cargo de un centro hospitalario.  | Implica el alejamiento de perjuicios prevenibles a los pacientes durante el proceso de asistencia clínica. Esta seguridad del paciente será medida través de cuestionario que explorará el área de trabajo, la comunicación la dirección, los sucesos notificados y la atención primaria.   | • Área de trabajo              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo mutuo</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Trato y prevención</li> </ul>  | Ordinal            |
|                                |   |   | • Dirección                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Estrategia de trabajo y seguridad</li> </ul> |                    |
|                                |   |   | • Comunicación                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación'</li> <li>• Prevención</li> </ul>                                     |                    |
|                                |   |   | • Sucesos notificados          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificaciones</li> </ul>  |                    |
|                                |   |   | • Atención primaria            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> </ul>   |                    |
| Prevención de eventos adversos | Son acciones que se efectúan a través de medidas, protocolos, normativas o disposiciones que de manera anticipada permiten disminuir riesgos que afectan a las personas, cuyos eventos adversos se perciben como inherentes en un centro hospitalario; su finalidad es advertir los eventos perniciosos que se observan en el contexto de una cultura de seguridad de los pacientes (Canga, et al., 2006) | Es poner en ejercicio de manera anticipada una serie de protocolos y medidas que tiendan a dar seguridad en una asistencia sanitaria. La prevención de eventos adversos se medirá mediante cuestionario organizado con 20 ítems, que explora la administración clínica, procedimientos asistenciales, errores en la documentación y errores | • Administración clínica       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones</li> </ul>   | Ordinal            |
|                                |   |   | • Procedimientos asistenciales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución</li> </ul>   |                    |
|                                |   |   | • Errores en la documentación  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos</li> </ul>  |                    |
|                                |   |   | • Errores en la medicación     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes y medicación</li> </ul>  |                    |



|  |  |                   |  |  |  |
|--|--|-------------------|--|--|--|
|  |  | en la medicación. |  |  |  |
|--|--|-------------------|--|--|--|

### Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

#### CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

Código : .....

**Instrucciones:** Estimado colega a continuación se muestran una serie de preguntas las cuales te solicitamos las respuestas con responsabilidad; sólo marca con una "X" la respuesta.

| N° | DIM                 | INDICADORES/PREGUNTAS  | Nunca (0) | Casi nunca (1) | Algunas veces (2) | Casi siempre (3) | Siempre (4) |
|----|---------------------|--|-----------|----------------|-------------------|------------------|-------------|
|    |                     | <b>Apoyo mutuo</b>   |           |                |                   |                  |             |
| 01 | Área de trabajo     | ¿Ustedes como profesionales sanitarios se apoyan mutuamente en su servicio?                              |           |                |                   |                  |             |
| 02 |                     | ¿Hay suficientes profesionales sanitarios para afrontar la carga laboral?                                |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Trabajo en equipo</b>   |           |                |                   |                  |             |
| 03 |                     | ¿Considera usted que trabaja en equipo, cuando tiene demasiada carga laboral?                            |           |                |                   |                  |             |
| 04 |                     | ¿Cuándo hay sobrecarga laboral, existe ayuda entre compañeros?   |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Trato y prevención</b>  |           |                |                   |                  |             |
| 05 |                     | ¿Considera usted que, en el servicio, el profesional sanitario se trata con respeto?                     |           |                |                   |                  |             |
| 06 |                     | ¿Cuándo se presentan problemas, considera usted que se ponen en marcha medidas correctiva para evitarlo? |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Relaciones interpersonales</b>  |           |                |                   |                  |             |
| 07 | Dirección           | ¿Los directivos hacen comentarios favorables ante un trabajo conforme?                                   |           |                |                   |                  |             |
| 08 |                     | ¿Los directivos consideran las sugerencias del profesional sanitario?                                    |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Estrategia de trabajo y seguridad</b>   |           |                |                   |                  |             |
| 09 |                     | ¿Los directivos fomentan el trabajo a presión?   |           |                |                   |                  |             |
| 10 |                     | ¿Los directivos no hacen caso a los problemas de seguridad en los pacientes?                             |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Comunicación directa</b>  |           |                |                   |                  |             |
| 11 | Comunicación        | ¿Los directivos mantienen comunicación constante con el personal sanitario?                              |           |                |                   |                  |             |
| 12 |                     | ¿Las decisiones de los directivos se toman en cuenta respetando sus ideas?                               |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Prevención</b>  |           |                |                   |                  |             |
| 13 |                     | ¿El profesional sanitario dialoga sobre cómo prevenir errores para que no vuelvan a suceder?             |           |                |                   |                  |             |
| 14 |                     | ¿El personal directivo refleja temor para preguntar cuando algo no está bien?                            |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Notificaciones de errores</b>   |           |                |                   |                  |             |
| 15 | Sucesos notificados | ¿Siempre se comunica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente?                           |           |                |                   |                  |             |
| 16 |                     | ¿Siempre se comunica los errores, aunque no tenga potencial de dañar al paciente?                        |           |                |                   |                  |             |
|    |                     | <b>Seguridad del paciente</b>  |           |                |                   |                  |             |
| 17 | Atención primaria   | ¿Las instalaciones donde se realiza la atención, promueve la seguridad al paciente?                      |           |                |                   |                  |             |
| 18 |                     | ¿Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno?                                    |           |                |                   |                  |             |
| 19 |                     | ¿El profesional sanitario demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria?              |           |                |                   |                  |             |
| 20 |                     | ¿Cuándo ocurre un acontecimiento, el profesional sanitario se interesa en la seguridad del paciente?     |           |                |                   |                  |             |

Fuente: Reina (2020). Gestión de seguridad y prevención de eventos adversos evaluada por personal médico del Centro de Salud Montalvo, Ecuador, 2020

## CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

**Código :** .....

**Instrucciones:** Estimado colega a continuación se muestran una serie de preguntas las cuales te solicitamos las respuestas con responsabilidad; sólo marca con una "X" la respuesta.

| N°                                   | DIM                          | INDICADORES/PREGUNTAS   | Nunca (0) | Casi nunca (1) | Algunas veces (2) | Casi siempre (3) | Siempre (4) |
|--------------------------------------|------------------------------|---|-----------|----------------|-------------------|------------------|-------------|
| <b>Condiciones de procedimientos</b> |                              |   |           |                |                   |                  |             |
| 01                                   | Administración clínica       | ¿Los procedimientos clínicos sólo se realizan cuando están indicados?                                     |           |                |                   |                  |             |
| 02                                   |                              | ¿Los procedimientos clínicos se realizan completos?   |           |                |                   |                  |             |
| 03                                   |                              | ¿Se realizan los procedimientos clínicos evitando cometer errores?  |           |                |                   |                  |             |
| 04                                   |                              | ¿Siempre se realizan procesos clínicos sin errores?   |           |                |                   |                  |             |
| 05                                   |                              | ¿Se toman las precauciones para evitar cometer errores en la identificación de los pacientes?             |           |                |                   |                  |             |
| <b>Ejecución de la asistencia</b>    |                              |   |           |                |                   |                  |             |
| 06                                   | Procedimientos asistenciales | ¿La asistencia a los pacientes se realiza solo cuando está indicado?                                      |           |                |                   |                  |             |
| 07                                   |                              | ¿La asistencia a los pacientes se realiza siempre completa?   |           |                |                   |                  |             |
| 08                                   |                              | ¿Cuándo se realiza la asistencia a un paciente se trata de prevenir en mínimo error?                      |           |                |                   |                  |             |
| 09                                   |                              | ¿Siempre se trata al paciente de acuerdo a su patología?  |           |                |                   |                  |             |
| 10                                   |                              | ¿Siempre se le informa al paciente respecto al medicamento que se le va aplicar?                          |           |                |                   |                  |             |
| <b>Documentos de pacientes</b>       |                              |   |           |                |                   |                  |             |
| 11                                   | Errores en la documentación  | ¿Los documentos de los pacientes siempre están disponibles?   |           |                |                   |                  |             |
| 12                                   |                              | ¿Tiene facilidad para acceder a los documentos que requiere?  |           |                |                   |                  |             |
| 13                                   |                              | ¿Los documentos de los pacientes reflejan claridad y son legibles?  |           |                |                   |                  |             |
| 14                                   |                              | ¿La información en los documentos mayormente está incompleta?   |           |                |                   |                  |             |
| 15                                   |                              | ¿Se solicita información al paciente respecto algún dato personal que falte en su documentación?          |           |                |                   |                  |             |
| <b>Pacientes y medicación</b>        |                              |   |           |                |                   |                  |             |
| 16                                   | Errores en la medicación     | ¿Siempre se realiza otra revisión en los medicamentos para evitar errores?                                |           |                |                   |                  |             |
| 17                                   |                              | ¿Tiene la seguridad que los medicamentos indicados al tratamiento del paciente son precisos y confiables? |           |                |                   |                  |             |
| 18                                   |                              | ¿Siempre se verifica que las dosis indicadas a los pacientes sean las correctas?                          |           |                |                   |                  |             |
| 19                                   |                              | ¿Cuándo asiste a un paciente le explica detalladamente sobre los medicamentos recetados?                  |           |                |                   |                  |             |
| 20                                   |                              | ¿Siempre revisa la fecha de caducidad de los medicamentos?  |           |                |                   |                  |             |

Fuente: *Instrumento adaptado: Mori (2017). Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017.*

## Anexo 4. Validación de expertos

### Experto 1

#### Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CRÍTICO". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

#### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

|   |  |
|---|--|
| Nombre del juez:                              | Jilesca Ochoa Kevin Horacio  |
| Grado profesional:                            | Maestría ( X )<br>Doctor ( )   |
| Área de Formación académica:                  | Dirección y Gestión Sanitaria y Hospitalaria<br>"Universidad de Barcelona" |
| Áreas de experiencia profesional:             | Unidades Críticas Hospitalarias  |
| Institución donde labora:                     | Hospital Teodoro Maldonado Corbo   |
| Tiempo de experiencia profesional en el área: | 2 a 4 años ( )<br>Más de 5 años ( X )                                      |
| Experiencia en Investigación Psicométrica:    |  |

#### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

### 3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Prueba:  | Cuestionario de seguridad de paciente crítico  |
| Autores:              | Bárbara Stephania. Reina Barco (2020)  |
| Procedencia:          | Perú   |
| Administración:       | Individual   |
| Tiempo de aplicación: | Entre 15 minutos a 20 minutos  |
| Ámbito de aplicación: | Profesional sanitario  |
| Significación:        | Este cuestionario está compuesto por 20 ítems relacionados a la seguridad del paciente crítico respecto a su traslado. Las respuestas serán valoradas en la escala ordinal que corresponde a: Nunca (0), casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). |

### 4. SOPORTE TEÓRICO DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

| Escala/AREA                    | Sub escala (dimensiones) | Definición  |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| Seguridad del paciente crítico | Área de trabajo          | Se define como el espacio o ambiente propicio para ejercer una función sanitaria, ofreciendo confort e imponderables escenarios para la salud y seguridad (González, 2019).   |
|                                | Dirección                | Se define como un nivel jerárquico tendiente a conservar un clima laboral que propicie una trayectoria sólida, estable y clara que implique una óptima seguridad del paciente en cualquiera de las áreas del ámbito institucional (Martínez, 2018).                               |
|                                | Comunicación             | La dimensión comunicación, está coligada a otorgar datos e información cierta y evidente respecto a ocurrencias y errores, cambios efectuados y formas de advertir errores (Narváez, 2021).   |
|                                | Sucesos notificados      | Encierra toda la información acertada de acontecimientos, hecho, incidentes o sucesos desfavorables y sus estadísticas, viabilizando a que el profesional sanitario efectúe la notificación en su ámbito de funciones (Fombona, 2016).  |
|                                | Atención primaria        | Puede considerarse como un factor fundamental en la seguridad del paciente, que ofrece sociabilidad a todos los pacientes, familiares y comunidad, realizada mediante medios de particularidades aceptables para ellos, con mucha participación y costos accesibles (Coll, 2021). |

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CRÍTICO de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

| Categoría  | Calificación  | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>CLARIDAD</b><br>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem no es claro.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|  | 3. Moderado nivel                                       | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.   |
| <b>COHERENCIA</b><br>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.     | 1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio) | El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.   |
|  | 2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)                   | El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.  |
|  | 3. Acuerdo (moderado nivel)                             | El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.   |
|  | 4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)                   | El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.  |
| <b>RELEVANCIA</b><br>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.                     | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.   |
|  | 3. Moderado nivel                                       | El ítem es relativamente importante.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es muy relevante y debe ser incluido.  |

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

|                              |
|------------------------------|
| 1. No cumple con el criterio |
| 2. Bajo Nivel                |
| 3. Moderado nivel            |
| 4. Alto nivel                |

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Área de trabajo**

- Objetivo de la Dimensión: Mide el nivel de apoyo mutuo, el trabajo en equipo y trato y prevención que despliega el personal interno al momento de trasladar un paciente en estado crítico.

| INDICADORES        | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|--------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Apoyo mutuo        | 1. ¿Ustedes como profesionales sanitarios se apoyan mutuamente en su servicio?                              | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                    | 2. ¿Hay suficientes profesionales sanitarios para afrontar la carga laboral?                                | 4        | 3          | 4          |                                   |
| Trabajo en equipo  | 3. ¿Considera usted que trabaja en equipo, cuando tiene demasiada carga laboral?                            | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                    | 4. ¿Cuando hay sobrecarga laboral, existe ayuda entre compañeros?   | 3        | 4          | 3          |                                   |
| Trato y prevención | 5. ¿Considera usted que, en el servicio, el profesional sanitario se trata con respeto?                     | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                    | 6. ¿Cuando se presentan problemas, considera usted que se ponen en marcha medidas correctiva para evitarlo? | 3        | 4          | 3          |                                   |

- Segunda dimensión: **Dirección**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de relaciones interpersonales y estrategia de trabajo y seguridad que involucra la asistencia clínica en un hospital de Guayaquil.

| INDICADORES                       | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|-----------------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Relaciones interpersonales        | 7. ¿Los directivos hacen comentarios favorables ante un trabajo conforme?        | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                                   | 8. ¿Los directivos consideran las sugerencias del profesional sanitario?         | 4        | 4          | 4          |                                   |
| Estrategia de trabajo y seguridad | 9. ¿Los directivos fomentan el trabajo a presión?                                | 4        | 4          | 3          |                                   |
|                                   | 10. ¿Los directivos no hacen caso a los problemas de seguridad en los pacientes? | 4        | 3          | 4          |                                   |

- Tercera dimensión: **Comunicación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide la comunicación directa y prevención en el trabajo del personal interno al trasladar un paciente en estado crítico.

| INDICADORES          | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|----------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Comunicación directa | 11. ¿Los directivos mantienen comunicación constante con el personal sanitario?                  | 4        | 3          | 4          |                                   |
|                      | 12. ¿Las decisiones de los directivos se toman en cuenta respetando sus ideas?                   | 4        | 4          | 4          |                                   |
| Prevención           | 13. ¿El profesional sanitario dialoga sobre cómo prevenir errores para que no vuelvan a suceder? | 4        | 3          | 4          |                                   |
|                      | 14. ¿El personal directivo refleja temor para preguntar cuando algo no está bien?                | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Cuarta dimensión: **Sucesos notificados**
- Objetivos de la Dimensión: Mide las notificaciones de errores originadas en la asistencia clínica de pacientes en estado crítico.

| INDICADORES               | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|---------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Notificaciones de errores | 15. ¿Siempre se comunica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente?    | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                           | 16. ¿Siempre se comunica los errores, aunque no tenga potencial de dañar al paciente? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Quinta dimensión: **Atención primaria**
- Objetivos de la Dimensión: Mide la seguridad del paciente en momento que recibe atención clínica en su condición crítica.

| INDICADORES            | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Seguridad del paciente | 17. ¿Las instalaciones donde se realiza la atención, promueve la seguridad al paciente?                  | 4        | 4          | 3          |                                   |
|                        | 18. ¿Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno?                                | 3        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 19. ¿El profesional sanitario demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria?          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 20. ¿Cuándo ocurre un acontecimiento, el profesional sanitario se interesa en la seguridad del paciente? | 4        | 4          | 4          |                                   |

  
 Firma del evaluador



### Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

#### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

|   |   |
|---|---|
| Nombre del juez:                              | Illescas Ochoa Kevin Horacio  |
| Grado profesional:                            | Maestría ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Doctor ( )          |
| Área de Formación académica:                  | Dirección y Gestión Sanitaria y Hospitalaria (Universidad de Barcelona) |
| Áreas de experiencia profesional:             | Unidades Críticas Hospitalarias   |
| Institución donde labora:                     | Hospital Teodoro Maldonado Carbo  |
| Tiempo de experiencia profesional en el área: | 2 a 4 años ( )<br>Más de 5 años ( <input checked="" type="checkbox"/> ) |
| Experiencia en Investigación Psicométrica:    |   |

#### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

### 3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nombre de la Prueba:  | Cuestionario de prevención de eventos adversos.   |
| Autores:              | Mori Yachas, Natali Roxana (2017)   |
| Procedencia:          | Perú  |
| Administración:       | Individual  |
| Tiempo de aplicación: | Entre 15 minutos a 20 minutos   |
| Ámbito de aplicación: | Profesional sanitario   |
| Significación:        | Este cuestionario está compuesto por 20 ítems relacionados a la prevención de eventos adversos. Las respuestas serán valoradas en la escala ordinal que corresponde a: Nunca (0), casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). |

### 4. SOPORTE TEÓRICO DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

| Escala/AREA                    | Sub escala (dimensiones)     | Definición  |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Prevención de eventos adversos | Administración clínica       | Campoverde (2017), la dimensión administración clínica, está determinados por todos los procesos de índole hospitalaria, que están directamente relacionados con los pacientes y su atención; controlando al mismo tiempo algunos los eventos adversos, que se originan en la estancia del paciente.  |
|                                | Procedimientos asistenciales | Meléndez (2015), la dimensión procedimientos asistenciales, se constituye como una herramienta cuya finalidad es incrementar la efectividad de las acciones sanitarias mediante una efectiva coordinación y garantía de una eficaz asistencia; enfatizándose, que todo evento adverso ocurre repentinamente a causa de que este tipo de procedimientos no son tomados en serio, a razón de las debilidades existentes en la concientización del personal clínico. |
|                                | Errores en la documentación  | Los profesionales clínicos, por motivo de la existente demanda de pacientes, la inexperiencia, el corto tiempo y insuficiencia de conocimientos, facilitan el origen de sucesos, como son el caso de documentos ausentes o que no se encuentren disponibles, retardo para acceder a documentos, documentos con errores, documentos para usuarios internos erróneos (Tammy, 2022).   |
|                                | Errores en la medicación     | Citando a Encina (2016), declara que la dimensión errores en la medicación, evidencia que el personal sanitario, no se compromete en emplear los "cinco pasos correctos", los que están relacionados al paciente correcto, los medicamentos correctos, dosis de medicinas correctas, vía de aplicación correcta y el momento apropiado, al instante de administrar las medicinas lo que conlleva a suscitar incidentes adversos.                                  |

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

| <b>Categoría</b>   | <b>Calificación</b>                                     | <b>Indicador</b>   |
|--|---|--|
| <b>CLARIDAD</b><br>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem no es claro.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|  | 3. Moderado nivel                                       | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.   |
| <b>COHERENCIA</b><br>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.     | 1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio) | El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.   |
|  | 2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)                   | El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.  |
|  | 3. Acuerdo (moderado nivel)                             | El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.   |
|  | 4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)                   | El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.  |
| <b>RELEVANCIA</b><br>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.                     | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.   |
|  | 3. Moderado nivel                                       | El ítem es relativamente importante.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es muy relevante y debe ser incluido.  |

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

|                              |
|------------------------------|
| 1. No cumple con el criterio |
| 2. Bajo Nivel                |
| 3. Moderado nivel            |
| 4. Alto nivel                |

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Administración clínica**

- Objetivo de la Dimensión: Mide el nivel de las condiciones de procedimientos respecto a los aspectos clínicos que se ejecutan en el ámbito de la atención médica de los pacientes en situación crítica.

| INDICADORES                   | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|-------------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Condiciones de procedimientos | 1. ¿Los procedimientos clínicos sólo se realizan cuando están indicados?                         | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 2. ¿Los procedimientos clínicos se realizan completos?   | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 3. ¿Se realizan los procedimientos clínicos evitando cometer errores?                            | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 4. ¿Siempre se realizan procesos clínicos sin errores?   | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 5. ¿Se toman las precauciones para evitar cometer errores en la identificación de los pacientes? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Segunda dimensión: **Procedimientos asistenciales**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de la asistencia clínica que se le brinda a los pacientes en situación crítica.

| INDICADORES                | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|----------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Ejecución de la asistencia | 6. ¿La asistencia a los pacientes se realiza solo cuando está indicado?                 | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 7. ¿La asistencia a los pacientes se realiza siempre completa?                          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 8. ¿Cuándo se realiza la asistencia a un paciente se trata de prevenir en mínimo error? | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 9. ¿Siempre se trata al paciente de acuerdo a su patología?                             | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 10. ¿Siempre se le informa al paciente respecto al medicamento que se le va aplicar?    | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Tercera dimensión: **Errores en la documentación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de idoneidad de los documentos de pacientes que demandan de una asistencia clínica de calidad.

| INDICADORES             | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|-------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Documentos de pacientes | 11. ¿Los documentos de los pacientes siempre están disponibles?                                      | 4        | 3          | 4          |                                   |
|                         | 12. ¿Tiene facilidad para acceder a los documentos que requiere?                                     | 3        | 4          | 4          |                                   |
|                         | 13. ¿Los documentos de los pacientes reflejan claridad y son legibles?                               | 3        | 3          | 3          |                                   |
|                         | 14. ¿La información en los documentos mayormente está incompleta?                                    | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                         | 15. ¿Se solicita información al paciente respecto algún dato personal que falte en su documentación? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Cuarta dimensión: **Errores en la medicación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de pacientes y su medicación, acentuadas en los errores y el énfasis en el tratamiento.

| INDICADORES            | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Pacientes y medicación | 16. ¿Siempre se realiza otra revisión en los medicamentos para evitar errores?                                | 4        | 3          | 4          |                                   |
|                        | 17. ¿Tiene la seguridad que los medicamentos indicados al tratamiento del paciente son precisos y confiables? | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 18. ¿Siempre se verifica que las dosis indicadas a los pacientes sean las correctas?                          | 4        | 3          | 3          |                                   |
|                        | 19. ¿Cuándo asiste a un paciente le explica detalladamente sobre los medicamentos recetados?                  | 4        | 4          | 3          |                                   |
|                        | 20. ¿Siempre revisa la fecha de caducidad de los medicamentos?  | 4        | 3          | 4          |                                   |

  
 Firma del evaluador

## Experto 2

### Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CRÍTICO". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

#### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

|   |  |
|---|--|
| Nombre del juez:                              | Gaitano Ovares Lissette Ariana   |
| Grado profesional:                            | Maestría (X)<br>Doctor ( )   |
| Área de Formación académica:                  | Magister en Gerencia Hospitalaria y administración de hospitales "Universidad de los Hornos" |
| Áreas de experiencia profesional:             | Area de Emergencias - Coordinación de Guardia  |
| Institución donde labora:                     | Hospital ISS Cerros  |
| Tiempo de experiencia profesional en el área: | 2 a 4 años (X)<br>Más de 5 años ( )  |
| Experiencia en Investigación Psicométrica:    |  |

#### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

### 3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Prueba:  | Cuestionario de seguridad de paciente crítico  |
| Autores:              | Bárbara Stephania, Reina Barco (2020)  |
| Procedencia:          | Perú   |
| Administración:       | Individual   |
| Tiempo de aplicación: | Entre 15 minutos a 20 minutos  |
| Ámbito de aplicación: | Profesional sanitario  |
| Significación:        | Este cuestionario está compuesto por 20 ítems relacionados a la seguridad del paciente crítico respecto a su traslado. Las respuestas serán valoradas en la escala ordinal que corresponde a: Nunca (0), casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). |

### 4. SOPORTE TEÓRICO DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

| Escala/AREA                    | Sub escala (dimensiones) | Definición  |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| Seguridad del paciente crítico | Área de trabajo          | Se define como el espacio o ambiente propicio para ejercer una función sanitaria, ofreciendo confort e imponderables escenarios para la salud y seguridad (González, 2019).   |
|                                | Dirección                | Se define como un nivel jerárquico tendiente a conservar un clima laboral que propicie una trayectoria sólida, estable y clara que implique una óptima seguridad del paciente en cualquiera de las áreas del ámbito institucional (Martínez, 2018).                               |
|                                | Comunicación             | La dimensión comunicación, está coligada a otorgar datos e información cierta y evidente respecto a ocurrencias y errores, cambios efectuados y formas de advertir errores (Narváez, 2021).   |
|                                | Sucesos notificados      | Encierra toda la información acertada de acontecimientos, hecho, incidentes o sucesos desfavorables y sus estadísticas, viabilizando a que el profesional sanitario efectúe la notificación en su ámbito de funciones (Fombona, 2016).  |
|                                | Atención primaria        | Puede considerarse como un factor fundamental en la seguridad del paciente, que ofrece sociabilidad a todos los pacientes, familiares y comunidad, realizada mediante medios de particularidades aceptables para ellos, con mucha participación y costos accesibles (Coll, 2021). |

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

| Categoría  | Calificación  | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>CLARIDAD</b><br>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem no es claro.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|  | 3. Moderado nivel                                       | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.   |
| <b>COHERENCIA</b><br>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.     | 1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio) | El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.   |
|  | 2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)                   | El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.  |
|  | 3. Acuerdo (moderado nivel)                             | El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.   |
|  | 4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)                   | El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.  |
| <b>RELEVANCIA</b><br>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.                     | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.   |
|  | 3. Moderado nivel                                       | El ítem es relativamente importante.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es muy relevante y debe ser incluido.  |

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

|                              |
|------------------------------|
| 1. No cumple con el criterio |
| 2. Bajo Nivel                |
| 3. Moderado nivel            |
| 4. Alto nivel                |



**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Área de trabajo**

- Objetivo de la Dimensión: Mide el nivel de apoyo mutuo, el trabajo en equipo y trato y prevención que despliega el personal interno al momento de trasladar un paciente en estado crítico.

| INDICADORES        | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/ Recomendaciones |
|--------------------|---|----------|------------|------------|--------------------------------|
| Apoyo mutuo        | 1. ¿Ustedes como profesionales sanitarios se apoyan mutuamente en su servicio?                              | 4        | 4          | 4          |                                |
|                    | 2. ¿Hay suficientes profesionales sanitarios para afrontar la carga laboral?                                | 4        | 4          | 4          |                                |
| Trabajo en equipo  | 3. ¿Considera usted que trabaja en equipo, cuando tiene demasiada carga laboral?                            | 4        | 4          | 4          |                                |
|                    | 4. ¿Cuándo hay sobrecarga laboral, existe ayuda entre compañeros?   | 4        | 4          | 4          |                                |
| Trato y prevención | 5. ¿Considera usted que, en el servicio, el profesional sanitario se trata con respeto?                     | 4        | 4          | 4          |                                |
|                    | 6. ¿Cuándo se presentan problemas, considera usted que se ponen en marcha medidas correctiva para evitarlo? | 4        | 4          | 4          |                                |

- Segunda dimensión: **Dirección**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de relaciones interpersonales y estrategia de trabajo y seguridad que involucra la asistencia clínica en un hospital de Guayaquil.

| INDICADORES                       | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/ Recomendaciones |
|-----------------------------------|--|----------|------------|------------|--------------------------------|
| Relaciones interpersonales        | 7. ¿Los directivos hacen comentarios favorables ante un trabajo conforme?        | 4        | 4          | 4          |                                |
|                                   | 8. ¿Los directivos consideran las sugerencias del profesional sanitario?         | 4        | 4          | 4          |                                |
| Estrategia de trabajo y seguridad | 9. ¿Los directivos fomentan el trabajo a presión?                                | 4        | 4          | 4          |                                |
|                                   | 10. ¿Los directivos no hacen caso a los problemas de seguridad en los pacientes? | 4        | 4          | 4          |                                |

- Tercera dimensión: **Comunicación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide la comunicación directa y prevención en el trabajo del personal interno al trasladar un paciente en estado crítico.

| INDICADORES          | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/ Recomendaciones |
|----------------------|--|----------|------------|------------|--------------------------------|
| Comunicación directa | 11. ¿Los directivos mantienen comunicación constante con el personal sanitario?                  | 4        | 4          | 4          |                                |
|                      | 12. ¿Las decisiones de los directivos se toman en cuenta respetando sus ideas?                   | 4        | 4          | 4          |                                |
| Prevención           | 13. ¿El profesional sanitario dialoga sobre cómo prevenir errores para que no vuelvan a suceder? | 4        | 4          | 4          |                                |
|                      | 14. ¿El personal directivo refleja temor para preguntar cuando algo no está bien?                | 4        | 4          | 4          |                                |

- Cuarta dimensión: **Sucesos notificados**
- Objetivos de la Dimensión: Mide las notificaciones de errores originadas en la asistencia clínica de pacientes en estado crítico.

| INDICADORES               | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|---------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Notificaciones de errores | 15.¿Siempre se comunica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente?    | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                           | 16.¿Siempre se comunica los errores, aunque no tenga potencial de dañar al paciente? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Quinta dimensión: **Atención primaria**
- Objetivos de la Dimensión: Mide la seguridad del paciente en momento que recibe atención clínica en su condición crítica.

| INDICADORES            | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Seguridad del paciente | 17.¿Las instalaciones donde se realiza la atención, promueve la seguridad al paciente?                  | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 18.¿Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno?                                | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 19.¿El profesional sanitario demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria?          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 20.¿Cuándo ocurre un acontecimiento, el profesional sanitario se interesa en la seguridad del paciente? | 4        | 4          | 4          |                                   |



Firma del evaluador

### Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

#### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

|   |  |
|---|--|
| Nombre del juez:                              | Gallino Suarez Lissette Arias  |
| Grado profesional:                            | Maestría ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Doctor ( )                               |
| Area de Formación académica:                  | Magister en Gerencia Hospitalaria y administración en hospitales "Unidad de los Herminianos" |
| Areas de experiencia profesional:             | Área de Gerencia - Coordinación de Gestión   |
| Institución donde labora:                     | Hospital ISS Ceibas  |
| Tiempo de experiencia profesional en el área: | 2 a 4 años ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Más de 5 años ( )                      |
| Experiencia en Investigación Psicométrica:    |  |

#### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nombre de la Prueba:  | Cuestionario de prevención de eventos adversos.   |
| Autores:              | Mori Yachas, Natali Roxana (2017)   |
| Procedencia:          | Perú  |
| Administración:       | Individual  |
| Tiempo de aplicación: | Entre 15 minutos a 20 minutos   |
| Ámbito de aplicación: | Profesional sanitario   |
| Significación:        | Este cuestionario está compuesto por 20 ítems relacionados a la prevención de eventos adversos. Las respuestas serán valoradas en la escala ordinal que corresponde a: Nunca (0), casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). |

4. SOPORTE TEÓRICO  
DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

| Escala/AREA                    | Sub escala (dimensiones)     | Definición  |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Prevención de eventos adversos | Administración clínica       | Campoverde (2017), la dimensión administración clínica, está determinados por todos los procesos de índole hospitalaria, que están directamente relacionados con los pacientes y su atención; controlando al mismo tiempo algunos los eventos adversos, que se originan en la estancia del paciente.  |
|                                | Procedimientos asistenciales | Meléndez (2015), la dimensión procedimientos asistenciales, se constituye como una herramienta cuya finalidad es incrementar la efectividad de las acciones sanitarias mediante una efectiva coordinación y garantía de una eficaz asistencia; enfatizándose, que todo evento adverso ocurre repentinamente a causa de que este tipo de procedimientos no son tomados en serio, a razón de las debilidades existentes en la concientización del personal clínico. |
|                                | Errores en la documentación  | Los profesionales clínicos, por motivo de la existente demanda de pacientes, la inexperiencia, el corto tiempo y insuficiencia de conocimientos, facilitan el origen de sucesos, como son el caso de documentos ausentes o que no se encuentren disponibles, retardo para acceder a documentos, documentos con errores, documentos para usuarios internos erróneos (Tammy, 2022).   |
|                                | Errores en la medicación     | Citando a Encina (2016), declara que la dimensión errores en la medicación, evidencia que el personal sanitario, no se compromete en emplear los "cinco pasos correctos", los que están relacionados al paciente correcto, los medicamentos correctos, dosis de medicinas correctas, vía de aplicación correcta y el momento apropiado, al instante de administrar las medicinas lo que conlleva a suscitar incidentes adversos.                                  |

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

| Categoría  | Calificación  | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>CLARIDAD</b><br>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem no es claro.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|  | 3. Moderado nivel                                       | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.   |
| <b>COHERENCIA</b><br>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.     | 1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio) | El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.   |
|  | 2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)                   | El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.  |
|  | 3. Acuerdo (moderado nivel)                             | El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.   |
|  | 4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)                   | El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.  |
| <b>RELEVANCIA</b><br>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.                     | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.   |
|  | 3. Moderado nivel                                       | El ítem es relativamente importante.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es muy relevante y debe ser incluido.  |

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

|                              |
|------------------------------|
| 1. No cumple con el criterio |
| 2. Bajo Nivel                |
| 3. Moderado nivel            |
| 4. Alto nivel                |

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Administración clínica**

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Administración clínica**

- Objetivo de la Dimensión: Mide el nivel de las condiciones de procedimientos respecto a los aspectos clínicos que se ejecutan en el ámbito de la atención médica de los pacientes en situación crítica.

| INDICADORES                   | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/ Recomendaciones |
|-------------------------------|--|----------|------------|------------|--------------------------------|
| Condiciones de procedimientos | 1. ¿Los procedimientos clínicos sólo se realizan cuando están indicados?                         | 4        | 4          | 4          |                                |
|                               | 2. ¿Los procedimientos clínicos se realizan completos?   | 4        | 4          | 4          |                                |
|                               | 3. ¿Se realizan los procedimientos clínicos evitando cometer errores?                            | 4        | 4          | 4          |                                |
|                               | 4. ¿Siempre se realizan procesos clínicos sin errores?   | 4        | 4          | 4          |                                |
|                               | 5. ¿Se toman las precauciones para evitar cometer errores en la identificación de los pacientes? | 4        | 4          | 4          |                                |

- Segunda dimensión: **Procedimientos asistenciales**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de la asistencia clínica que se le brinda a los pacientes en situación crítica.

| INDICADORES                | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/ Recomendaciones |
|----------------------------|---|----------|------------|------------|--------------------------------|
| Ejecución de la asistencia | 6. ¿La asistencia a los pacientes se realiza solo cuando está indicado?                 | 4        | 4          | 4          |                                |
|                            | 7. ¿La asistencia a los pacientes se realiza siempre completa?                          | 4        | 4          | 4          |                                |
|                            | 8. ¿Cuándo se realiza la asistencia a un paciente se trata de prevenir en mínimo error? | 4        | 4          | 4          |                                |
|                            | 9. ¿Siempre se trata al paciente de acuerdo a su patología?                             | 4        | 4          | 4          |                                |
|                            | 10. ¿Siempre se le informa al paciente respecto al medicamento que se le va aplicar?    | 4        | 4          | 4          |                                |

- Tercera dimensión: **Errores en la documentación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de idoneidad de los documentos de pacientes que demandan de una asistencia clínica de calidad.

| INDICADORES             | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/ Recomendaciones |
|-------------------------|--|----------|------------|------------|--------------------------------|
| Documentos de pacientes | 11. ¿Los documentos de los pacientes siempre están disponibles?                                      | 4        | 4          | 4          |                                |
|                         | 12. ¿Tiene facilidad para acceder a los documentos que requiere?                                     | 4        | 4          | 4          |                                |
|                         | 13. ¿Los documentos de los pacientes reflejan claridad y son legibles?                               | 4        | 4          | 4          |                                |
|                         | 14. ¿La información en los documentos mayormente está incompleta?                                    | 4        | 4          | 4          |                                |
|                         | 15. ¿Se solicita información al paciente respecto algún dato personal que falte en su documentación? | 4        | 4          | 4          |                                |

- Cuarta dimensión: **Errores en la medicación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de pacientes y su medicación, acentuadas en los errores y el énfasis en el tratamiento.

| INDICADORES            | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Pacientes y medicación | 16.¿Siempre se realiza otra revisión en los medicamentos para evitar errores?                                | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 17.¿Tiene la seguridad que los medicamentos indicados al tratamiento del paciente son precisos y confiables? | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 18.¿Siempre se verifica que las dosis indicadas a los pacientes sean las correctas?                          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 19.¿Cuándo asiste a un paciente le explica detalladamente sobre los medicamentos recetados?                  | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 20.¿Siempre revisa la fecha de caducidad de los medicamentos?  | 4        | 4          | 4          |                                   |



Firma del evaluador

### Experto 3

#### Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CRÍTICO". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

##### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

|   |   |
|---|---|
| Nombre del juez:                              | JITH Paola Gallo castillo   |
| Grado profesional:                            | Maestría ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>Doctor ( )          |
| Área de Formación académica:                  | Maestría en gestión de los Servicios de Salud (UCV)                     |
| Áreas de experiencia profesional:             | Coordinación Médica Hospital Luis Beltrán                               |
| Institución donde labora:                     | Hospital Luis Beltrán   |
| Tiempo de experiencia profesional en el área: | 2 a 4 años ( )<br>Más de 5 años ( <input checked="" type="checkbox"/> ) |
| Experiencia en Investigación Psicométrica:    |   |

##### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.



### 3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Prueba:  | Cuestionario de seguridad de paciente crítico  |
| Autores:              | Bárbara Stephania, Reina Barco (2020)  |
| Procedencia:          | Perú   |
| Administración:       | Individual   |
| Tiempo de aplicación: | Entre 15 minutos a 20 minutos  |
| Ámbito de aplicación: | Profesional sanitario  |
| Significación:        | Este cuestionario está compuesto por 20 ítems relacionados a la seguridad del paciente crítico respecto a su traslado. Las respuestas serán valoradas en la escala ordinal que corresponde a: Nunca (0), casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). |

### 4. SOPORTE TEÓRICO DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

| Escala/AREA                    | Sub escala (dimensiones) | Definición  |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| Seguridad del paciente crítico | Área de trabajo          | Se define como el espacio o ambiente propicio para ejercer una función sanitaria, ofreciendo confort e imponderables escenarios para la salud y seguridad (González, 2019).   |
|                                | Dirección                | Se define como un nivel jerárquico tendiente a conservar un clima laboral que propicie una trayectoria sólida, estable y clara que implique una óptima seguridad del paciente en cualquiera de las áreas del ámbito institucional (Martínez, 2018).                               |
|                                | Comunicación             | La dimensión comunicación, está coligada a otorgar datos e información cierta y evidente respecto a ocurrencias y errores, cambios efectuados y formas de advertir errores (Narváez, 2021).   |
|                                | Sucesos notificados      | Encierra toda la información acertada de acontecimientos, hecho, incidentes o sucesos desfavorables y sus estadísticas, viabilizando a que el profesional sanitario efectúe la notificación en su ámbito de funciones (Fombona, 2016).  |
|                                | Atención primaria        | Puede considerarse como un factor fundamental en la seguridad del paciente, que ofrece sociabilidad a todos los pacientes, familiares y comunidad, realizada mediante medios de particularidades aceptables para ellos, con mucha participación y costos accesibles (Coll, 2021). |

## 5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

| Categoría  | Calificación  | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>CLARIDAD</b><br>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem no es claro.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|  | 3. Moderado nivel                                       | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.   |
| <b>COHERENCIA</b><br>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.     | 1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio) | El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.   |
|  | 2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)                   | El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.  |
|  | 3. Acuerdo (moderado nivel)                             | El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.   |
|  | 4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)                   | El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.  |
| <b>RELEVANCIA</b><br>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.                     | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.   |
|  | 3. Moderado nivel                                       | El ítem es relativamente importante.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es muy relevante y debe ser incluido.  |

*Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente*

|                              |
|------------------------------|
| 1. No cumple con el criterio |
| 2. Bajo Nivel                |
| 3. Moderado nivel            |
| 4. Alto nivel                |

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Área de trabajo**

- Objetivo de la Dimensión: Mide el nivel de apoyo mutuo, el trabajo en equipo y trato y prevención que despliega el personal interno al momento de trasladar un paciente en estado crítico.

| INDICADORES        | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|--------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Apoyo mutuo        | 1. ¿Ustedes como profesionales sanitarios se apoyan mutuamente en su servicio?                              | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                    | 2. ¿Hay suficientes profesionales sanitarios para afrontar la carga laboral?                                | 4        | 4          | 4          |                                   |
| Trabajo en equipo  | 3. ¿Considera usted que trabaja en equipo, cuando tiene demasiada carga laboral?                            | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                    | 4. ¿Cuándo hay sobrecarga laboral, existe ayuda entre compañeros?   | 4        | 4          | 4          |                                   |
| Trato y prevención | 5. ¿Considera usted que, en el servicio, el profesional sanitario se trata con respeto?                     | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                    | 6. ¿Cuándo se presentan problemas, considera usted que se ponen en marcha medidas correctiva para evitarlo? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Segunda dimensión: **Dirección**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de relaciones interpersonales y estrategia de trabajo y seguridad que involucra la asistencia clínica en un hospital de Guayaquil.

| INDICADORES                       | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|-----------------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Relaciones interpersonales        | 7. ¿Los directivos hacen comentarios favorables ante un trabajo conforme?        | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                                   | 8. ¿Los directivos consideran las sugerencias del profesional sanitario?         | 4        | 4          | 4          |                                   |
| Estrategia de trabajo y seguridad | 9. ¿Los directivos fomentan el trabajo a presión?                                | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                                   | 10. ¿Los directivos no hacen caso a los problemas de seguridad en los pacientes? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Tercera dimensión: **Comunicación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide la comunicación directa y prevención en el trabajo del personal interno al trasladar un paciente en estado crítico.

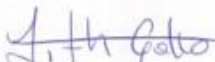
| INDICADORES          | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|----------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Comunicación directa | 11. ¿Los directivos mantienen comunicación constante con el personal sanitario?                  | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                      | 12. ¿Las decisiones de los directivos se toman en cuenta respetando sus ideas?                   | 4        | 4          | 4          |                                   |
| Prevención           | 13. ¿El profesional sanitario dialoga sobre cómo prevenir errores para que no vuelvan a suceder? | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                      | 14. ¿El personal directivo refleja temor para preguntar cuando algo no está bien?                | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Cuarta dimensión: **Sucesos notificados**
- Objetivos de la Dimensión: Mide las notificaciones de errores originadas en la asistencia clínica de pacientes en estado crítico.

| INDICADORES               | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|---------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Notificaciones de errores | 15. ¿Siempre se comunica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente?    | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                           | 16. ¿Siempre se comunica los errores, aunque no tenga potencial de dañar al paciente? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- Quinta dimensión: **Atención primaria**
- Objetivos de la Dimensión: Mide la seguridad del paciente en momento que recibe atención clínica en su condición crítica.

| INDICADORES            | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Seguridad del paciente | 17. ¿Las instalaciones donde se realiza la atención, promueve la seguridad al paciente?                  | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 18. ¿Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno?                                | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 19. ¿El profesional sanitario demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria?          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 20. ¿Cuándo ocurre un acontecimiento, el profesional sanitario se interesa en la seguridad del paciente? | 4        | 4          | 4          |                                   |

  
Firma del evaluador

## Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

### 1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

|   |   |
|---|---|
| Nombre del juez:                              | Litha Paola Gallo Castillo                          |
| Grado profesional:                            | Maestría (x)<br>Doctor ( )                          |
| Área de Formación académica:                  | Maestría en gestión de los Servicios de Salud (UCV) |
| Áreas de experiencia profesional:             | Coordinadora Medicina Hospital Las Veruza           |
| Institución donde labora:                     | Hospital Las Veruza                                 |
| Tiempo de experiencia profesional en el área: | 2 a 4 años ( )<br>Más de 5 años (x)                 |
| Experiencia en Investigación Psicométrica:    |   |

### 2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

### 3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nombre de la Prueba:  | Cuestionario de prevención de eventos adversos.   |
| Autores:              | Mori Yachas, Natali Roxana (2017)   |
| Procedencia:          | Perú  |
| Administración:       | Individual  |
| Tiempo de aplicación: | Entre 15 minutos a 20 minutos   |
| Ámbito de aplicación: | Profesional sanitario   |
| Significación:        | Este cuestionario está compuesto por 20 ítems relacionados a la prevención de eventos adversos. Las respuestas serán valoradas en la escala ordinal que corresponde a: Nunca (0), casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). |

### 4. SOPORTE TEÓRICO DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

| Escala/AREA                    | Sub escala (dimensiones)     | Definición  |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Prevención de eventos adversos | Administración clínica       | Campoverde (2017), la dimensión administración clínica, está determinados por todos los procesos de índole hospitalaria, que están directamente relacionados con los pacientes y su atención; controlando al mismo tiempo algunos los eventos adversos, que se originan en la estancia del paciente.  |
|                                | Procedimientos asistenciales | Meléndez (2015), la dimensión procedimientos asistenciales, se constituye como una herramienta cuya finalidad es incrementar la efectividad de las acciones sanitarias mediante una efectiva coordinación y garantía de una eficaz asistencia; enfatizándose, que todo evento adverso ocurre repentinamente a causa de que este tipo de procedimientos no son tomados en serio, a razón de las debilidades existentes en la concientización del personal clínico. |
|                                | Errores en la documentación  | Los profesionales clínicos, por motivo de la existente demanda de pacientes, la inexperiencia, el corto tiempo y insuficiencia de conocimientos, facilitan el origen de sucesos, como son el caso de documentos ausentes o que no se encuentren disponibles, retardo para acceder a documentos, documentos con errores, documentos para usuarios internos erróneos (Tammy, 2022).   |
|                                | Errores en la medicación     | Citando a Encina (2016), declara que la dimensión errores en la medicación, evidencia que el personal sanitario, no se compromete en emplear los "cinco pasos correctos", los que están relacionados al paciente correcto, los medicamentos correctos, dosis de medicinas correctas, vía de aplicación correcta y el momento apropiado, al instante de administrar las medicinas lo que conlleva a suscitar incidentes adversos.                                  |

## 5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

| Categoría  | Calificación  | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>CLARIDAD</b><br>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas. | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem no es claro.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|  | 3. Moderado nivel                                       | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.   |
| <b>COHERENCIA</b><br>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.     | 1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio) | El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.   |
|  | 2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)                   | El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.  |
|  | 3. Acuerdo (moderado nivel)                             | El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.   |
|  | 4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)                   | El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.  |
| <b>RELEVANCIA</b><br>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.                     | 1. No cumple con el criterio                            | El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.   |
|  | 2. Bajo Nivel   | El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.   |
|  | 3. Moderado nivel                                       | El ítem es relativamente importante.   |
|  | 4. Alto nivel   | El ítem es muy relevante y debe ser incluido.  |

*Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente*

|                              |
|------------------------------|
| 1. No cumple con el criterio |
| 2. Bajo Nivel                |
| 3. Moderado nivel            |
| 4. Alto nivel                |

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: Administración clínica**

- **Objetivo de la Dimensión:** Mide el nivel de las condiciones de procedimientos respecto a los aspectos clínicos que se ejecutan en el ámbito de la atención médica de los pacientes en situación crítica.

| INDICADORES                   | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|-------------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Condiciones de procedimientos | 1. ¿Los procedimientos clínicos sólo se realizan cuando están indicados?                         | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 2. ¿Los procedimientos clínicos se realizan completos?   | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 3. ¿Se realizan los procedimientos clínicos evitando cometer errores?                            | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 4. ¿Siempre se realizan procesos clínicos sin errores?   | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                               | 5. ¿Se toman las precauciones para evitar cometer errores en la identificación de los pacientes? | 4        | 4          | 4          |                                   |

- **Segunda dimensión: Procedimientos asistenciales**
- **Objetivos de la Dimensión:** Mide el nivel de la asistencia clínica que se le brinda a los pacientes en situación crítica.

| INDICADORES                | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|----------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Ejecución de la asistencia | 6. ¿La asistencia a los pacientes se realiza solo cuando está indicado?                 | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 7. ¿La asistencia a los pacientes se realiza siempre completa?                          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 8. ¿Cuando se realiza la asistencia a un paciente se trata de prevenir en mínimo error? | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 9. ¿Siempre se trata al paciente de acuerdo a su patología?                             | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                            | 10. ¿Siempre se le informa al paciente respecto al medicamento que se le va aplicar?    | 4        | 4          | 4          |                                   |

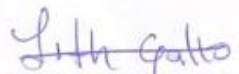
- **Tercera dimensión: Errores en la documentación**
- **Objetivos de la Dimensión:** Mide el nivel de idoneidad de los documentos de pacientes que demandan de una asistencia clínica de calidad.

| INDICADORES             | Ítem   | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|-------------------------|--|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Documentos de pacientes | 11. ¿Los documentos de los pacientes siempre están disponibles?                                      | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                         | 12. ¿Tiene facilidad para acceder a los documentos que requiere?                                     | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                         | 13. ¿Los documentos de los pacientes reflejan claridad y son legibles?                               | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                         | 14. ¿La información en los documentos mayormente está incompleta?                                    | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                         | 15. ¿Se solicita información al paciente respecto algún dato personal que falte en su documentación? | 4        | 4          | 4          |                                   |



- Cuarta dimensión: **Errores en la medicación**
- Objetivos de la Dimensión: Mide el nivel de pacientes y su medicación, acentuadas en los errores y el énfasis en el tratamiento.

| INDICADORES            | Ítem  | Claridad | Coherencia | Relevancia | Observaciones/<br>Recomendaciones |
|------------------------|---|----------|------------|------------|-----------------------------------|
| Pacientes y medicación | 16. ¿Siempre se realiza otra revisión en los medicamentos para evitar errores?                                | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 17. ¿Tiene la seguridad que los medicamentos indicados al tratamiento del paciente son precisos y confiables? | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 18. ¿Siempre se verifica que las dosis indicadas a los pacientes sean las correctas?                          | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 19. ¿Cuándo asiste a un paciente le explica detalladamente sobre los medicamentos recetados?                  | 4        | 4          | 4          |                                   |
|                        | 20. ¿Siempre revisa la fecha de caducidad de los medicamentos?  | 4        | 4          | 4          |                                   |

  
 Firma del evaluador

## Anexo 5. Prueba de normalidad

**Tabla 2.** Prueba de Normalidad de las puntuaciones de seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022

|                                       | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |     |       |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----|-------|
|                                       | Estadístico                     | gl  | Sig.  |
| <b>Seguridad del paciente crítico</b> | ,287                            | 110 | <,001 |
| Área de trabajo                       | ,226                            | 110 | <,001 |
| Dirección                             | ,112                            | 110 | ,004  |
| Comunicación                          | ,196                            | 110 | ,003  |
| Sucesos notificados                   | ,301                            | 110 | <,001 |
| Atención primaria                     | ,361                            | 110 | <,001 |
| <b>Prevención de eventos adversos</b> | ,126                            | 110 | ,005  |
| Administración clínica                | ,133                            | 110 | ,002  |
| Procedimientos asistenciales          | ,128                            | 110 | ,002  |
| Errores en la documentación           | ,174                            | 110 | ,002  |
| Errores en la medicación              | ,201                            | 110 | <,001 |

a. Corrección de significación de Lilliefors

**H<sub>0</sub>:** Los datos expresados siguen una distribución normal.

### **Criterios de decisión**

Si p-valor<.05: Se refuta la H<sub>0</sub>


Si p-valor>.05: Se admite la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se contradice la H<sub>0</sub>. Se asume que los datos presentan distribución no normal.

### **Interpretación:**

Los resultados expresados en la tabla 2, relacionada a la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov Smirnov, se logró evidenciar la valoración de la seguridad del paciente crítico, alcanzando p-valor<.05; rechazando H<sub>0</sub>; determinando que existe distribución no normal, concluyéndose que en el despliegue del proceso estadístico de la investigación debe aplicarse el estadígrafo no paramétrico de correlación Spearman.

## Anexo 6. Autorización de aplicación de instrumentos


 Hospital de Especialidades  
**Teodoro Maldonado Carbo**

Guayaquil, 7 de septiembre del 2022

**CONSTANCIA DE AUTORIZACION DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Yo, DR. JOSE FERNANDO AROCA JACOME con cedula de identidad # **0912689809** Jefe de Unidades Críticas, teniendo conocimiento que El DR. FLROES LOMBEYDA GABRIEL ALFREDO con C.I 0926879172, se encuentra cursando el programa de posgrado de maestría en **GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**, y luego de haber hecho la petición respectiva , autorizo se le permita llevar a cabo su trabajo de investigación: Seguridad del paciente crítico y prevención de eventos adversos durante el traslado en un hospital de Guayaquil, 2022.

Atentamente,



DR. JOSE FERNANDO AROCA JACOME  
CI: # **0912689809**  
JEFE DE UNIDADES CRITICAS HETMC  
CEL.: **0992513928**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "SEGURIDAD DEL PACIENTE CRITICO DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN HOSPITAL DE GUAYAQUIL, 2022.", cuyo autor es FLORES LOMBEYDA GABRIEL ALFREDO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 21.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

PIURA, 15 de Enero del 2023

| <b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>  | <b>Firma</b>   |
|---|--|
| CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL<br><b>DNI:</b> 00328631<br><b>ORCID:</b> 0000-0002-0247-8724 | Firmado electrónicamente<br>por: CHIDALGOEG el 15-<br>01-2023 15:22:27 |

Código documento Trilce: TRI - 0520883