



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA MAESTRIA GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

Cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.2019

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORA:

Br. ALEJANDRINA ZAVALA ALVITES

ORCID (0000-0003-1491-6397)

ASESOR:

Dra. ELIANA JACKELINE GUZMAN AVALOS

ORCID (0000-0003-2833-5665)

PROGRAMA:

CIENCIAS MÉDICAS.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgos en salud.

Trujillo - Perú

2019

Dedicatoria

A Dios, por darme salud y fortaleza para poder cumplir mis metas.

A mis queridos padres, por su amor y apoyo constante.

A mi esposo e hijas; por ser mi fortaleza y mi apoyo incondicional e incentivar-me a continuar superándome día a día.

Agradecimiento

A mi asesora por su paciencia y apoyo constante en el desarrollo de la presente investigación.

A mis docentes, porque han sido la base fundamental en mi educación, por la paciencia, dedicación hacia mi persona, ellos siempre me inculcaron y me dieron lo mejor que una persona puede heredar que es la educación, siendo la base para lograr nuestras metas y ser exitoso en la vida.

A mis compañeros del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, quienes con su disposición y tiempo permitieron la realización de la presente investigación.

El Autor

Página del jurado

Dr. Miriam Griselda Lora Loza

Presidente

Dr. Gladys Lola Lujan Jhonson

Secretario (a)

Dr. Eliana Jackeline Guzmán Avalos

Vocal

Declaración de Autenticidad

Yo, Alejandrina Zavala Alvites, identificada con DNI N°41373736, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, escuela de Pos Grado, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica

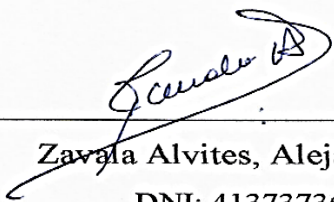
Así mismo, declaro bajo juramento que toda la información que se presenta en la tesis es real y veraz.

Igualmente se muestra que los autores tomados para esta investigación han sido citados y referenciados correctamente en la tesis.

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 de la Universidad César Vallejo.

Así mismo autorizo a la universidad Cesar Vallejo publicar la presente investigación, si así lo cree conveniente.

Trujillo, 08 de agosto del 2019



Zavala Alvites, Alejandrina
DNI: 41373736

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaración de Autenticidad.....	v
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCION.....	100
II. MÉTODO:	27
2.1. Tipo y diseño de investigación	2727
2.2. Operacionalización de Variables:	27
2.3 Población, muestra y muestreo:	27
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	299
2.5 Métodos de análisis de datos:	30
2.6 Aspectos éticos:	31
III. RESULTADOS.....	32
IV. DISCUSIÓN:.....	41
V. CONCLUSIONES:	51
VI. RECOMENDACIONES:.....	52
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....	53
ANEXOS.....	59

Índice de Tablas

Tabla 1 Nivel de cultura de seguridad del paciente en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo- Junio, 2019.....	32
Tabla 2 Nivel de cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo Junio, 2019	33
Tabla 3 Prueba de Normalidad de Kolmogorov Smirnov de la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN, Mayo – Junio, 2019	34
Tabla 4 Cultura de seguridad del paciente y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio, 2019.....	35
Tabla 5 Compromiso de gestión y su relación con el cumplimiento de la Técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio,2019	36
Tabla 6 Procedimientos, políticas y normas y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo - Junio, 2019.....	37
Tabla 7 Percepción de riesgos y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo-Junio, 2019	38
Tabla 8 Entrenamiento en seguridad y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos del profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio, 2019.	39
Tabla 9 Actitud hacia la seguridad y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo- Junio,2019.	40

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, el estudio fue de tipo descriptivo - correlacional simple y de diseño no experimental Transversal. Se aplicó en una muestra de 62 profesionales de la salud; para lo cual se utilizó la técnica de la encuesta haciendo uso de 2 cuestionarios para la recolección de datos; uno fue el cuestionario de cultura de Seguridad del paciente, creado por la autora, y otro instrumento fue una ficha de recolección de datos para medir el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, este instrumento fue modificado por la autora; los resultados encontrados fueron que la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de salud del IREN Norte es de nivel bajo y medio en un 87%; y el cumplimiento de higiene de manos se encontró que en un 71% los profesionales de la salud no cumple con la técnica de higiene de manos, además se encontró que de las 5 dimensiones estudiadas presentaron una alta relación con el cumplimiento de las técnicas de higiene de mano, además se encontró que existe relación entre las variables en estudio; Se concluye que la cultura de seguridad del paciente presenta una relación directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, con una correlación de spearman es $R_{ho} = 0.857$, con nivel de significancia $p=0.000$, en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

Palabra CLAVE: Cultura de seguridad del paciente, Técnica de higiene de manos.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between patient safety culture and compliance with the hand hygiene technique in professionals of the Regional Institute of Neoplastic Diseases, the study was descriptive - simple correlational and non-experimental design Cross. It was applied in a sample of 62 health professionals; for which the survey technique was used using 2 questionnaires for data collection; one was the patient safety culture questionnaire, created by the author, and another instrument was a data collection sheet to measure compliance with the hand hygiene technique, this instrument was modified by the author; the results found were that the culture of patient safety in health professionals at IREN Norte is 87% low and medium level; and the compliance of hand hygiene was found that in 71% health professionals do not comply with the hand hygiene technique, it was also found that of the 5 dimensions studied they had a high relationship with compliance with hygiene techniques hand, it was also found that there is a relationship between the variables under study; It is concluded that the culture of patient safety has a direct and significant relationship with compliance with the hand hygiene technique, with a spearman correlation is $Rho = 0.857$, with a level of significance $p = 0.000$, in the professionals of the Regional Institute of Neoplastic Diseases.

Words: Patient safety culture, Hand hygiene technique

I. INTRODUCCION

Cuando asistimos a un centro hospitalario siempre, estamos buscando mejorar nuestra salud, ya que es un bien preciado que las personas tenemos, nunca imaginamos que podemos perderla o empeorarla, pero en la realidad las atenciones en los servicios de salud son cada vez más complejos, aumentando los riesgos potenciales, disminuyendo la calidad en las prestaciones, haciendo que la persona tenga experiencias desmotivadoras y desagradables a nivel hospitalario. (Pinheiro, 2017)

Así fue que en el año 1999, se publicó el informe “**Errar es humano**” por el Instituto de Medicina de Estados Unidos con objetivo de dar a conocer la realidad sobre los errores en salud; se revisaron 30 000 historias de paciente, donde unos 3.7% corresponde a eventos adversos de los cuales 58% eran prevenibles. Al final concluyó que alrededor de 44 000 a 98 000 pacientes podían morir cada año, no como consecuencia de enfermedades que lo aquejaban, sino como consecuencia de errores que se dan durante la recuperación, produciendo gastos alrededor de 17 y 28 billones de dólares al año. Este informe marco un hito en la seguridad del país, permitiendo que los estados miren la realidad de la salud en los centros hospitalarios. (Espiritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos, & Centro, 2007) (Vasquez, Astolfo, & Díaz, 2014)(Organización Mundial de la Salud, 2009)(Paez, 2011)

Así también, la organización mundial (2009), hace referencia que al año decenas de millones de personas hospitalizadas experimentan enfermedades que producen limitaciones en su salud o le producen la muerte; esto como resultado de actividades de salud y atenciones, además refieren que en hospitales de recursos económicos altos uno de cada 10 pacientes experimenta lesiones producto de la experiencia en salud y no se tiene reportes de hospitales que cuentan con escasos presupuestos y que son los que mayor carga en atenciones presentan.

Así mismo, investigaciones con métodos sensibles como “*Global Trigger Tool*” (GTT), reportaron porcentaje de error muchos más altos en un promedio del 10%; de estos el 69% son prevenibles, y un 0.89% conllevan a muerte, esto extrapolado hacia el 2011, produjo una valoración de 21 0000 muertes, prevenibles al año en Estados Unidos, representando más del doble de lo que reportó “*To Err is Human*”. (Vasquez, Astolfo, & Díaz, 2014). En el año 2016, se extrapolo resultados de estudios ejecutados en el Instituto de medicina de los Estados Unidos en el año 1999, la información fue del total de hospitalizaciones

realizadas en el año 2013, obteniendo que se infravalora las incidencias de muerte por error médico; el nuevo dato resalta que la equivocación representa el tercer lugar en muertes en E.E.U.U.(Williamsom, Webb, Sellen, Runciman, & VanDer, 2000)

También, la Organización Mundial de Salud (2018), reportó que de los 421 millones de persona alrededor del mundo que se hospitalizan, el 42,7 millones experimentan eventos que alteran la salud; es decir 1 de cada 300 personas que se atienden en el ámbito hospitalario, presentan daños como productos de las atenciones médicas. Estos daños ocupan el 14avo puesto en el ranking mundial sobre la morbi-mortalidad, siendo esta problemática comparada en carga con otras enfermedades como la tuberculosis, y el paludismo.

Por otro lado, en España en el 2005 realizaron un “Estudio Nacional sobre los efectos adverso relacionados con la hospitalización” (ENEAS). La investigación presentó que el 8,4% de eventos adversos tienen relación con los servicios brindados por el personal de salud, el 37,4% están ligados a los tratamientos, y el 25,3% están dado por las infecciones hospitalarias, y el 25% se relacionaron con los procedimientos a los que eran sometidos; como resultado de estos las personas tenían una hospitalización más prolongada en un 31,4%. (Espiritu, Lavado, Pantoja, L, Lam, Barrientos, & Centeno, 2007) (Villarreal - Perez, Gómez- Almaguer, & Bosques -Padilla, 2011) (Aranaz, J, 2005)

Así también en el 2010, se llevó a cabo, IBEAS, investigación “Iberoamericana de eventos adversos, en Latinoamérica”. Los países integrantes del estudio fueron (Argentina, Colombia, Costa Rica, México, Perú, y el gobierno español que financio el estudio). Este estudio midió eventos adversos presentados como consecuencia de las atenciones recibidas en centros hospitalarios, en la cual reportaron que el 10,95% se da en el proceso antes del internamiento, el 13,27% se relacionan con los cuidados, el 8,23% con la medicación, y las infecciones intrahospitalarias en un 37,14%, y en un 28,69% con algún procedimiento efectuado, y el 6,15% con el diagnóstico. Del porcentaje de las infecciones intrahospitalarias corresponden a las Neumonías Intrahospitalarias un 9,4%, seguidas por las infecciones post operatorias en un 8,2%, luego las lesiones por presión en un 7,2%, y el 6,4% se deben a las complicaciones de las cirugías y el 5% se debe a septicemia. (Espiritu, Lavado, Pantoja, L, Lam, Barrientos, & Centeno, 2007) (Villarreal - Perez,

Gómez- Almaguer, & Bosques -Padilla, 2011)(Alvaro, 2009)(Aranaz, J, 2005)
(Organización Mundial de la Salud, 2005)

A nivel nacional, el Perú no es indiferente a esta situación, y forma parte de la “Alianza mundial por la seguridad de los pacientes”. En el 2006, se conforma el “comité técnico de Seguridad del Paciente”, en concordancia, con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se crea el Plan Nacional de Seguridad Paciente. El 80% de los hospitales en nuestro país están desarrollando el Plan de Seguridad del Paciente. (Villarreal - Perez, Gómez- Almaguer, & Bosques -Padilla, 2011) (Ministerio de Salud, 2018). El estudio IBEAS a nivel Perú, reportó que, de los errores ocurridos, durante la atención hospitalaria, el 39,6% pertenece a infecciones nosocomiales; 28,9% están relacionados con los procedimientos realizados, y el 10,8% están relacionado con el diagnóstico. De estos, el 58,8% podían ser evitables, de los cuales el 65,3% fueron de gravedad moderada y el 16,8 fueron grave. (Aranaz & Aibar, 2006) (Organización Mundial de la Salud, 2008)

En el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas (2018), según “Informe de gestión de calidad”, presentados por la unidad de calidad se encuentra que de los incidentes y eventos adversos ocurridos durante el IV trimestre del 2018; son en un 50 % incidentes y el otro 50 % son eventos adversos. De los eventos adversos que son notificados el 33.3% están ligados a procesos y procedimientos asistenciales, otro 33.3% están ligados con los dispositivos médicos y el otro 33.3% están relacionados con el comportamiento del personal de salud. (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2018)

Ante estas estadísticas podemos observar que la “Seguridad del paciente”, constituye un gran problema de salud pública que merece pronta atención; convirtiéndose en un factor esencial en el ámbito hospitalario. Con la finalidad de menguar estos resultados, nace “**La Cultura de Seguridad del Paciente**”, como el camino para explicar cómo el déficit de conocimientos, la falta de comprensión de riesgos y de seguridad de los trabajadores, la falta de comunicación, el miedo de reportar eventos, la falta de apoyo de la organización y la poca importancia de la gerencia sobre temas de seguridad del paciente; contribuyen a que se den resultados inadecuados en la atención de pacientes, muchas veces con daños irreversibles. (Ministerio de Salud, 2010) (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Es por ello, que muchas instituciones con la finalidad de conocer esta realidad han realizado diversas investigaciones. En España en el año 2009, se investigó sobre el “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español”, en donde administraron un instrumento sobre “cultura de seguridad del paciente” teniendo como participantes a 6257 profesionales de salud, en 24 centros hospitalarios. Se calificaron “cultura de seguridad del paciente” en rango de cero a diez, donde el 25% calificó a la cultura de seguridad del paciente con menos de 6 puntos; el otro 25 % lo calificó superior a 8 puntos y el 50 % lo calificó con un puntaje entre 6 y 8. Además, destacaron en 2 ítems de carácter positivo, con un 71,8% “Trabajo en equipo dentro de las Unidades/Servicios”, y el 61.8% las “Acciones de la dirección /supervisión de la Unidad o Servicio que favorecen la seguridad”. De los 42 ítems se resalta como fortaleza 2 ítems: “El personal se apoya mutuamente” con un 78,2%; lo cual corresponde a la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio” y siempre que se observa un error durante su atención, se realiza medidas adecuadas para prevenir que vuelva a suceder”, y con un 76,8% de contestación positivas, que corresponde a la dimensión “Aprendizaje organizacional/mejora continua”. (Ministerio de Sanidad y política Social, 2009)

Así también, la Healthcare management americas, y la universidad de Florida (2018), investigó sobre “Cultura de seguridad del paciente”, en países como: Perú, Colombia, Chile; donde muestran que hay mucho que hacer en aspectos de “cultura de seguridad del paciente”. Esta encuesta se realizó a un promedio de 2300 profesionales de diferentes instituciones públicas, privadas de los países de Perú, Chile y Colombia. La muestra en la que se aplicó ubica a Chile en el primer puesto de cómo sus trabajadores perciben la seguridad de sus pacientes. Se encontró que el 64% del personal encuestado considera la seguridad de sus pacientes como excelente o muy buena; el segundo puesto lo obtuvo Colombia con un 61%; y finalmente estuvo Perú con 18% de profesionales, quienes consideran de bueno a excelente “la cultura de seguridad del paciente” y el 52.3% reconocen que existe una cultura punitiva. (Arrieta, y otros, 2018)

Además, se conoce que el principal evento adverso que experimentan las personas hospitalizadas son las infecciones intrahospitalarias, esto representa entre 5% y 10% de paciente en centros hospitalarios equipados. En naciones desarrolladas y en las de vías de desarrollo la exposición de infección intrahospitalaria es de 2 a 20 veces mayor. Las

infecciones ligadas a los servicios de la salud, tienen como factor importante las infecciones cruzadas o endógenas. Su principal vía de diseminación es por contacto de la piel del personal de salud especialmente las manos donde se portan bacterias, virus propios y también del ambiente hospitalar. Los estudios reportan que tiene que ver con el incumplimiento de higiene de manos y la aplicación de la técnica de **higiene de manos**. Los indicadores de mortalidad se reducirían a la mitad y se evitaría una cuarta parte de las defunciones por infecciones. (Organización Mundial de la Salud, 2005) (Organización Mundial de la Salud, 2009) (Ministerio de Salud, 2005) (Infecciones Nosocomiales, 2005)

Por eso, la **higiene de manos** representa el eje en la reducción de infecciones intrahospitalarias. La propagación de microbios mediante las manos, fue descrita hace muchos años. Los investigadores encontraron que el staphylococcus aureus era parte de un grupo de recién nacidos que fueron colonizados en un 54% durante las atenciones recibidas por los profesionales cada vez que estos no se lavaban las manos.(Organización Mundial de la Salud, 2017). Según estudios confirman que la higienización de las manos disminuye en un 15 % la tasa de infecciones, y que la piel a nivel de los anillos, pulseras, esmaltes de uñas, uñas largas o uñas postizas, son zonas altamente contaminada, y facilitan la impregnación y colonización por microorganismos patógenos (Staphylococcus aureus, bacterias gram negativas). Además, se observan resultados de cumplimientos deficientes, ratificados por estudios de observación realizados en diversos centros hospitalarios. Las veces que las personas se higienizan sus manos fue entre 5 y 42 veces por turno de 1,7 por hora a 15,2 veces, y el tiempo destinado para la técnica de higiene de manos fue alrededor de 6,6 segundos como rango menor y 30 segundos como mayor tiempo. Esto resulta relevante pues la descontaminación deficiente de las manos que realiza el personal de salud, representa el vector en la transmisión de microorganismos, que pueden producir infecciones. (Organización Mundial de la Salud, 2017)(Organización Mundial de la Salud, 2005)(Ministerio de Salud, 2005).

En el Perú, según investigaciones realizadas a nivel nacional reportan que la mayor incidencia de enfermedades son las infecciones intrahospitalarias, seguida por las reacciones adversas de los medicamentos, ante esta realidad es necesario implantar intervenciones seguras, que favorecen la seguridad del paciente. Una de estas intervenciones seguras es la higiene de manos, según el informe de vigilancia del IREN-NORTE en el 2015, aplicaron fichas de supervisión de higiene de manos en profesionales

que laboran en áreas de: Emergencia, Quimioterapia y hospitalización en los cuales el 100% presenta una inadecuada técnica de higiene de manos. Además en el informe de monitoreo de lavado de manos del 2018, encontraron que el 65.6% del personal de salud realiza una mala técnica de lavados de manos y solo el 34.4% presentan una buena técnica de lavados de manos.(Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2018)

Con respecto a las investigaciones que estudiaron cultura de seguridad y cumplimiento de la técnica de higiene de manos se encontró que:

Pinheiro, y Osnir (2017) en Brasil, su objetivo fue “conocer la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario”; lo realizaron en 203 enfermeras, usaron cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC) traducido al portugués. Los resultados encontrados fueron: Evaluación negativa al indicador “Dirección del hospital propicia clima de trabajo que promueve la seguridad” con 34,86%, sobre el trabajo en equipo entre unidades se encontró que tuvieron valoración negativa con un 42,7% “las Unidades no están bien coordinadas entre sí”, una valoración neutra con un 35,1%, tuvieron la dimensión “Unidades trabajan en conjunto para brindar un buen cuidado” y con un 34,5% “Hay buena colaboración entre unidades”, sobre los cambios de turnos obtuvieron una valoración positiva los tres ítems resaltando “No se pierde información en la transferencia de turnos”, con un 40.7%; Y la conclusión fue que los profesionales no visualizan la función de los líderes de la institución sobre seguridad del paciente.

Así mismo Saravia(2017)en Perú, se planteó “determinar la cultura de seguridad del paciente y la gestión del talento humano en personal de enfermería en áreas críticas del Hospital Nacional Dos de Mayo”, la realizó en 108 enfermeras, utilizando el instrumento de “cultura Seguridad de los pacientes” de la “Encuesta Hospitalarias sobre la seguridad del Paciente de la agencia de investigación y calidad” (AHRQ) de EEUU, encontraron que sobre la variable en estudio 32.4% presentaron nivel bajo, y el 63% de los participantes obtuvieron nivel medio y el 4.6% presentó alto nivel. Al final concluyó que hay una alta relación positiva entre las variable en estudio; por ende es significativa la relación entre “cultura de seguridad del paciente y gestión del talento humano en el personal de enfermería en áreas críticas”.

También Vergara (2017) en Perú, en su investigación tuvo como objetivo “determinar la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo”, el estudio se realizó en 102 participantes conformados por enfermeras, médicos y personal técnico del servicio de cirugía del hospital, utilizaron 2 cuestionarios, el cuestionario usado fue AHRQ, donde encontraron que del total de los participantes el 27.45% indican que existe excelente cultura de seguridad del paciente, el 48.04% presenta una cultura buena, el 18.63% una cultura aceptable y el 5.88% considera que es pobre en cultura de seguridad del paciente. sobre la toma de decisiones encontró que el 54.90% refieren alto nivel y 45.10% presentan bajo nivel. Concluyó que entre la variable “cultura de seguridad del paciente” y “toma de decisiones” hay una correlación significativa y positivas, Según Rho Spearman de correlación $r=0.612$.

También Martínez (2015) en Perú, en su estudio tuvo como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente, en profesionales de enfermería de Sala de Operaciones y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo”, se realizó en 45 enfermeras, como instrumento usó la “Encuesta de seguridad del paciente” de la “medical Office Survey on Patient safety culture” (MOSPS), sus resultados fueron, 51.1% tienen nivel de cultura de seguridad fuerte y 48.9% presenta “cultura de seguridad débil”, los componentes; con respuestas positivas fueron los ítems “respuestas no punitivas a los errores” con 68.9%, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con 55,6% y “Trabajo en equipo dentro del servicio” con 53.3%. Los componentes negativos fueron “Apertura de la comunicación” con 88.9%, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” con 66.7%. Concluyo que existen áreas que se tienen que reforzar éstas eran “Grado de apertura de la comunicación”, “Comunicación e “información al personal sobre los errores de la unidad”, “Personal suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

Así pues, Sánchez (2016) en Perú, tuvo como objetivo “determinar la cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería del Hospital Chancay, 2016”; esta investigación estuvo conformada por 100 usuarios internos. Se usó la encuesta sobre “cultura de seguridad del Paciente” de AHRQ, “Agencia for health care research and quality”; modificado por “Alvarado Gallardo Connie”; sus resultados fueron la “cultura de seguridad del paciente” fue inadecuada en 54%, moderada en 45%, y adecuada solo el 1%; con respecto a la otra variable se obtuvo 8% nivel bajo de cultura organizacional, 11%

moderado y 81% alto: Finalmente concluyó que hay una moderada relación positiva entre las variables en estudio según coeficiente de Rho de Spearman con un (0,492) de correlación.

Por otro lado, Mendoza y Sandoval (2016) en Perú, se propusieron como objetivo “Determinar el nivel de conocimiento y práctica de lavado de manos en enfermeras, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del norte”, se aplicó a 74 enfermera. En la recolección de datos se usaron 1 cuestionario que mide el “nivel de Conocimiento de Lavado de Manos”, y una lista de recolección de datos que mide “Práctica De Lavado de Manos”. Las autoras encontraron que 70% de participantes presentaron un nivel de conocimiento alto, y el 30% de los participantes obtuvieron un nivel bajo de conocimientos, al respecto de la variable “lavado de manos” encontraron que las enfermeras en su mayoría realizan un correcto lavado de manos (61%), el resto presento un incorrecto técnica de lavado de manos (39%); su conclusión fue el nivel de conocimientos tiene relación significativa con la práctica de lavado de manos mediante la prueba de Chi Cuadrado.

Así mismo, Aparicio (2014) en España, tuvo como objetivo “evaluar la higiene de las manos del personal médico y de enfermería del departamento de pediatría y puericultura del hospital universitario Dr. “Ángel Larralde””; su muestra estuvo conformado por 94 profesionales. Se usó la entrevista estructurada, y también la observación directa con check list; encontró que el grupo más grande estuvo conformado por las edades comprendidas entre 25 a 34 años con un 58,51%, mientras el 52,13% reconoce los cinco momentos de la higiene de las manos; y el 47,87% no los conoce. El 40,3% refirió que se lava las manos antes de iniciar la atención médica, Se observó que el 65,67% no se realizan higiene de mano y usan guantes; Concluyó que la mayoría del personal indicó que sí se realiza higiene de manos, pero durante la observación se evidencia carencia de higienización de las manos.

También Sares, V y Solís, J, en Ecuador, 2008, su objetivo fue Valorar el cumplimiento del lavado de manos por parte del personal de salud del servicio de emergencia del hospital José carrasco Arteaga, Cuenca– Ecuador. 2008. La muestra estaba conformada por 60 personales de salud; además se realizó el procedimiento de observación mediante una lista de cotejos, donde se evaluó “técnica del lavado de manos”, “formación de espuma”, “frotación de manos de 15 segundos o más”, “secado de manos con toalla de papel”, “uso de jabón líquido”. Se obtuvo como resultados que el lavado de mano en las personas en

quienes se realizó el estudio fue baja e incompleta y se da después de atender al paciente. Y los profesionales no médicos, son los que más cumplen con el lavado de manos; concluyen que existe desinterés y el lavado es incompleto y se ejecuta después de la atención.

Con respecto a la base teórica, sobre las variables en estudio, hemos encontrado que la **cultura de seguridad** del paciente son parte de los lineamientos para alcanzar la calidad en salud. Es imprescindible que las organizaciones (industrializadas y en especial en salud), busquen alcanzar el estado de seguridad total y esto debe estar reflejado en las políticas de seguridad, en las áreas, y lugares de trabajo. El principal objetivo es resguardar la salud y el buen vivir de las personas, con esto se puede lograr la totalidad y ausencia de riesgos, en las diferentes actividades que desarrolla el trabajador. (Pizzo, 2011)(Greenberg, Battles, & Haskell, 2010). Es así que muchas empresas ven a la seguridad como costosa y con poca posibilidad de éxito, hoy conocemos que algunas empresas han cambiado alrededor de la seguridad y de la salud ocupacional, obteniendo buenos resultados, y asegurando la sostenibilidad en el tiempo. Los cero accidentes y cero enfermedades ocupacionales son referentes para aplicar en los centros hospitalarios. (Organización Mundial de la Salud, 2005)(Aranaz & Aibar, 2006)

El concepto de cultura de seguridad, ha cambiado, definiéndose como el grupo de “creencias” y “actitudes”, que presentan todas las personas de las instituciones, sobre los riesgos, enfermedades. Además, se define también como “la actitud de cambio, que deben tener las organizaciones, grupos y comunidades, etc., en donde se debe redefinir aspectos por la seguridad y la promoción de esta en toda la organización”. La prevención de riesgos ha pasado de actos inseguros al comportamiento humano donde abarca aspectos de la Psicología de la Seguridad: ¿Por qué suceden los accidentes laborales?; ¿Qué puede evaluarse en prevención con respecto al factor humano y la cultura de seguridad?; ¿Qué proyectos de acción preventiva contrastados y eficaces pueden aplicarse sobre factor humano? (Ministerio de Salud, 2010)(Pronovost & Sexton, 2005)(Universidad Politécnica de Madrid, 2010)

Así mismo, la seguridad es definida por “**Institute of Medicine de Estados Unidos**”, como una de las seis dimensiones claves de la calidad de los servicios de salud”. También, (Helmreich & Merritt, 1998, pág. 12), definió “cultura como una diversa red que involucra a actitudes organizacionales, profesionales y los valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos; también la definen como “las costumbres, las normas de

comportamiento observables, las historias, ritos supuestos no observables, los valores, creencias, ideas compartidas por grupos”.(Perez & Vasquez, 2013, pág. 24) La meta de la cultura de seguridad es desarrollar una cultura que exhorte, y favorezca ambientes de reporte de eventos adversos y no de discriminación, castigo y culpa.

La Organización Mundial de la Salud (2005), refiere que “seguridad del paciente es la eliminación del daño real o potencial que presenta la persona durante la atención de los servicios de salud; y comprende el desarrollo de competencia y habilidades, con el objetivo de resguardar la integridad de las personas”(Organización Mundial de la Salud, 2005, pág. 4).La seguridad del paciente esta inmersos dentro de la “seguridad humana”, “seguridad hospitalaria”, “seguridad clínica; es decir por todo el proceso por el que pasa un paciente en el camino a la recuperación de su salud. Es así que, seguridad del paciente significa recibir una atención sin errores. Es una situación verdadera y a la vez irreal, debido a que ni el sistema más preparado puede asegurar atenciones sin riesgos. Para mejor comprender, la seguridad del paciente son las medidas adoptadas con la finalidad de reducir los riesgos, y errores a los que está propensos las personas que se atienden en centros hospitalarios. (Ordoñez, 2008)(Perez & Vasquez, 2013)(Organ, 1990)

La cultura de seguridad del paciente, son representaciones mental donde la meta es la “seguridad del paciente”, siendo representados por diversos factores humanos, técnicos, organizativos y culturales(Pinheiro, 2017). Las instituciones que tienen una “cultura de seguridad positiva”, poseen una buena comunicación, formada a razón de la confianza entre los miembros de las organizaciones, y del compromiso de los trabajadores que integran la institución. Lograr una “cultura de seguridad óptima”, implica un proceso, en la cual la institución es consciente de los procesos por los que se encuentra pasando. Esta progresión se da desde un aspecto poco deseable hasta un aspecto óptimo de la seguridad. (Organización Mundial de la Salud, 2008)(Santa Cruz & Rodriguez, 2011)(Rivera, 2018)

Existen teorías que tratan de explicar el porqué de los errores, una de ellas es la del “**intercambio social**”, que explican el intercambio secuencial entre dos partes que se da en el desarrollo de la vida social, donde las cosas se intercambian recíprocamente, es decir que en la interacción social siempre hay alguien que gana y otro que paga por el servicio. De este modo en la relación de los trabajadores con la organización siempre va a ver un intercambio y depende de las medidas que la organización establezca para que logre la identificación del miembro hacia está, convirtiendo el compromiso personal en un

compromiso organizacional. (Meyer, Standley, Herscovitch, & Topolnyt, 2002)(Organ, 1990).

Otra teoría que fundamenta cultura de seguridad es la planteada por Reason (2003), psicólogo británico, que creó la **Teoría o Modelo del Queso Suizo**, demostrando que la causa se debe a múltiples factores, centrándose en las raíces, que provocan o hacen factible que suceda el error. Aquí las rebanadas de queso son las barreras de protección de la organización y está constituido por la formación, comunicación, información, capacitaciones, protocolos y guías existentes en la institución, y los agujeros representan las fallas activas o latente. Las fallas activas son los actos inseguros que realizan las personas y las fallas latentes son factores que pueden existir dentro de la organización, como por ejemplo la falta de supervisión, técnicas inapropiadas, falta de comunicación, etc. (Vicent, 2014)(Pronovost & Sexton, 2005)(Reason J, 2003)

Otra teoría, es la fundada por Charles Perrow sobre el “*Error Normal*”, haciendo referencia a los accidentes inevitables, este es el error que se espera que suceda en una organización donde existe múltiples funciones. Las causas están relacionadas con la complejidad del sistema; las situaciones cambian cuando las partes no se pueden sustituir. Charles Perrow, hace evidente la complejidad del sistema y evidencia que se puede generar una falla propia de la dinámica organizacional, errores que suceden inesperadamente, el cual puede ser producto del personal, de la operatividad de los equipos, y de la secuencia del proceso.(Perez & Vasquez, 2013).

Las instituciones de salud, nunca son conscientes de los errores, pues presentan una cultura de seguridad punitiva, esta conducta hace que se oculten los errores y continúen los riesgos y finalmente se producen errores repetitivos, porque no se atienden las causa de estos. (Perez & Vasquez, 2013)(Santa Cruz & Rodriguez, 2011). Lucían Lepe refiere “el impedimento para prevenir los errores es tener un sistema castigador, favoreciendo a que se produzca el error y se continúen con errores reiterativos; se requiere aumentar el nivel de cultura de seguridad donde el reporte de eventos sea un proceso normal, por ello se debe buscar “La cultura justa” que es lo que necesitan las instituciones, donde se aprenda de las fallas. Existen cuatro comportamientos humanos que son relevantes en la comprensión de la seguridad del paciente: “error humano”, “negligencia”, “violación intencional de las reglas” “conducta imprudente”; son conceptos que se usan para justificar la conducta castigable. En la cultura justa, los miembros identifican puntos débiles para aprender. La

“cultura justa” fomenta la cultura abierta, equitativa, basada en la formación, y creación de ambientes de seguridad y de la administración de opciones de comportamiento; para lograr “cultura justa” y “cultura de seguridad” el camino es dificultoso y toma tiempo. (Perez & Vasquez, 2013)

Así Parker & Hudson (2009), desarrollaron un modelo donde explican las etapas por las que atraviesan las instituciones en la búsqueda de la cultura de seguridad. Inicia por un proceso patológico, viéndose como una dificultad no se investiga y busca la culpabilidad de los trabajadores ante el error; otro proceso es el Reactivo, aquí la cultura de seguridad es relevante, pero solo se toma en cuenta cuando ha ocurrido un daño; la siguiente etapa es calculador; en esta fase cuando ocurre un error o evento que atenta contra la seguridad se resuelve sin un previo investigación de las causas; otra fase es Proactivo; aquí ya las instituciones han establecidos medidas de prevención en seguridad y se involucra a todos los trabajadores; y la última etapa es la Generador; hay un papel activo, siempre busca información para conocer cómo se encuentra la organización en temas de seguridad.(Pérez; 2013)

Existen diversas formas de medir la cultura de seguridad, así Chen y Jin (2013), hizo una investigación con la finalidad de identificar las principales dimensiones que se abordan en la cultura de seguridad, donde encontró más de 10 dimensiones que fueron usados en 33 estudios, además encontró que los términos cultura de seguridad y clima organizacional eran tomados como sinónimos. A nivel de salud también se realizaron estudios buscando valorar la cultura de seguridad del paciente. La encuesta formulada en el año 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality, de Estados Unidos, la cual ha sido muy estudiada debido a que da a conocer el estado de cómo se encuentra el centro hospitalario en cultura de seguridad del paciente, favorece el nivel de conocimiento sobre la seguridad del paciente, favorece la formulación y el cumplimiento de medidas de seguridad del paciente, ayuda a valorar programas específicos y evalúa cambios del antes y después de la cultura de seguridad del paciente.

Estas dimensiones buscan medir “La cultura de seguridad del paciente”, y están conformadas por: Compromiso de la gestión, procedimientos, políticas y reglas de seguridad, percepción del riesgo, actitudes hacia la seguridad, comunicación, entrenamiento en seguridad, ambiente de trabajo y presión, participación de oficio; status de funcionarios del comité de seguridad; para poder crear una cultura de seguridad, es

necesario que exista compromiso de la gestión, que los trabajadores perciban que la seguridad forma parte de la organización, y que representa una prioridad, esto se da si sienten que la dirección invierte en su ellos, y no solo espera ganancias sino invierten en capacitación, en ambientes fuera de riesgos, permitiendo que participen de forma activa en la toma de decisiones para mejorar, si implantan un plan de recompensas y obligaciones buscando un desarrollo satisfactorio; es imprescindible el “liderazgo”, “trabajo en equipo”, “colaboración”, “prácticas basadas en la evidencia”, “comunicación efectiva”, “aprendizaje”, “cultura de equidad”, “sistemas de pensamiento crítico”, “factores humanos”, “tolerancia cero” y también forman parte “la cultura del reporte”, “la cultura informada”, “la cultura de aprendizaje”, “la flexibilidad cultural”.(Pérez; 2013)(Seguridad Total; 2017)(Parker & Hudson, 2009)

Existen cuatro cosas que alteran la “cultura de Seguridad del paciente”, carencia de liderazgo competente, trabajadores y líderes que buscan siempre la responsabilidad individual y no desarrollan sistemas; los asistenciales siempre detectan errores y los evidencian con ataques personal y no visualizan las oportunidades de mejoras que se presentan, en la realidad nos damos cuenta que la persona más experimentada también comete errores.(Vicent, 2014)(Reason J, 2003)

Otra variable en estudio es el **cumplimiento de la técnica de higiene de manos**. La higiene de manos, representa una manera esencial y una medida de bajos costos que salva vida, está comprobado que higienizar las manos disminuye riesgo de contraer enfermedades del tracto respiratorio y gastrointestinal, así como interrumpe la transmisión de virus y bacterias. (Organización Mundial de la Salud, 2009)(Ordoñez, 2008). Se ha difundido que no lavarse las manos durante el proceso del cuidado de los pacientes trae consigo enfermedades adquiridas en los centros hospitalarios, estas infecciones son definidas como resultado de un efecto adverso por un agente infeccioso y en sus toxinas adquiridas las cuales son adquiridas en el hospital, o si una persona hospitalizada presenta infección después de las primeras 48 horas.(Organización Mundial de la Salud, 2009)(Ordoñez, 2008)

Para comprender como se da el proceso es necesario saber que en nuestra piel existe 2 tipos de flora bacteriana: Flora resistente permanente que son microbios que viven en nuestra piel integra; aquí encontramos a las “bacterias gram positivas”, en otras partes de nuestro cuerpo como nuestras axilas y periné encontramos bacterias gram negativas, este

tipo de microorganismos no producen infecciones en piel integra, pero si va a órganos como los ojos pueden colonizar y producir infección; la otra flora es la transitoria, se refiere a los microorganismos que son adquiridos por el contacto con las superficies ejemplo camas, veladores, etc. estos se alojan rápidamente en la epidermis y se reproducen, esta se eliminan a través del lavado de las manos. (Organización Mundial de la Salud, 2005)(Infecciones Nosocomiales, 2005). El mecanismo de transmisión se da de 2 formas, una es la presencia de gérmenes en la piel, la segunda es el contacto que tiene el personal con los gérmenes y si este no realiza el lavado de sus manos entonces al tener contacto con otras personas se da la transmisión de microorganismos de forma cruzada, por ello el lavado de mano es más que una decisión, es una responsabilidad que tiene que ver con el “principio ético de no maleficencia”, que es no hacer daño. (Organización Mundial de la Salud, 2009)(Organización Mundial de la Salud, 2017)(Hospital Santos Reyes de Duero, 2019)

Este lavado de manos debe darse en diversos momentos de la atención; el primer momento es previo a la exposición con el paciente y sirve para salvaguardar al paciente de posibles transmisiones de bacterias provenientes de las manos de los profesionales que le brindan atención y cuidados; el segundo momento se da antes de realizar una actividad aséptica, por ejemplo en la colocación de sondas, inserciones de catéteres, aguja, preparación y administración de medicamentos a través de dispositivos o de contacto directo con las membranas, en la inserción y retirada de dispositivos médicos invasivos (realización o participación en procedimientos de traqueotomía, aspiración de secreciones, sondas de gastrostomía , endoscopias, etc); el tercer momento se da después de exponerse a fluidos corporales y de sacarse los guantes; el cuarto momento se da posterior a la atención del paciente sirve para proteger al personal que brinda las atenciones; el quinto momento después de tener exposición con el ambiente y de estar en contacto con las cosas delos paciente(cama, veladores, ropa, etc). (Organización Mundial de la Salud, 2009)(Organización Mundial de la Salud, 2017)

Así también, se conoce a la higiene de manos como la base en la lucha contra las infecciones intrahospitalarias. Por ello, se debe realizar de manera correcta. Existen diferentes productos usados para la higiene de manos uno es el jabón común no antimicrobiano, su función principal es eliminar la suciedad y los microorganismos de la flora transitoria por arrastres o mecánica, y que no tiene poder bactericida; jabón antimicrobiano o antiséptico su función contiene sustancias activas, in vivo, in vitro,

elimina la flora transitoria y disminuye la flora residente; otro tipo son las soluciones con preparación de alcohol (etanol y isopropanol al 60 – 95 %), estos eliminan la flora residente y transitoria, estos productos son efectivos para asepsia de las manos del personal de salud, su efectividad puede reducir por factores como tiempo de contacto, insuficiente la aplicación de volúmenes pequeños, o la presencia de suciedad visible.(Organización Mundial de la Salud, 2017)(WHO, 2011)

En tanto, la Organización Mundial de la Salud (2010), menciona las técnicas para la profilaxis de manos, procedimiento que se realiza con jabón antisépticos y agua, esta técnica tiene una duración de 40 a 60 minutos y se realiza mojando las manos, luego untar jabón y hacer fricción ambas manos, luego sobar la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda de forma enérgica, frotándose la palma con palma entre sí con dedos entrelazados, sobar los dedos de una mano con la palma de la otra mano, luego realizar movimientos rotativos de pulgar izquierdo cogiéndolo con la palma de la mano contraria, enjuagar las manos con agua, seque las manos cuidadosamente con papel toalla, utilice papel y cierre el grifo y descártelo; otra técnica es la con desinfectante de base alcohólica estos productos eliminan los microorganismos pasajeros y algunos microorganismos de la flora residente, obteniendo una actividad antimicrobiana residual, este procedimiento dura alrededor de 20 a 30 segundos; otra técnica es la de higiene de manos pre-quirúrgicos, que se realiza durante 3 a 6 minutos.(Organización Mundial de la Salud, 2017)(Organización Mundial de la Salud, 2009).

Finalmente, podemos decir que la cultura de seguridad, entendida como la internalización de procesos que ayudan a prevenir, mitigar y corregir los errores que se puedan dar durante el desarrollo de las atenciones médicas. Una de las actividades conducentes a favorecer “la cultura de seguridad del paciente” es el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en sus 5 momentos; debido a que uno de los aspectos que perjudican la salud de los pacientes son las infecciones intrahospitalarias y con el uso adecuado de la técnica de higiene de manos se disminuye la incidencia y las complicaciones.

El comité Europeo de sanidad del consejo de Europa (2006), describe recomendaciones, donde establece la seguridad del paciente como el centro de las políticas de salud, además la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud, elaboró el documento “Una atención limpia es una atención más segura”, donde se busca favorecer la higiene de manos, fomentando la práctica y la aplicación de las directivas

dadas por la Organización Mundial de Salud, las que están dentro del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud; con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros hospitalarios; ante esta realidad mencionada se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales que laboran en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo mayo a junio 2019?

La realización de la presente investigación, resulta conveniente pues permite conocer cómo es la “cultura de la seguridad del paciente” en la institución, esto representa la base para implementar programas de seguridad en el paciente en el personal que labora en las áreas: Asistencial, Administrativo e incluir a la familia y paciente; y con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos permitirá fomentar la adherencia del personal a está, disminuyendo así los índices de infecciones ligadas a la salud; tiene relevancia social, favorecerá a establecer estrategias de mejoras en cultura de seguridad del paciente, haciendo que el Instituto brinde una atención con calidad evitando errores y aprendiendo de ellos; además se buscará siempre la adherencia a la técnica de higiene de manos; donde el beneficiado será el paciente; tiene implicancia práctica, permitiendo que estos temas tanto seguridad del paciente e higiene de manos sean tomados como aspectos importantes en la búsqueda de la calidad; tiene valor teórico ya que los resultados formarán parte de información que será usada como referente, además es la primera investigación a nivel nacional y regional que pretende valorar la influencia de la cultura de seguridad del paciente sobre higiene de manos y cumplimiento de la técnica de higiene de manos; estos resultados servirán de base para continuar investigando sobre estas 2 variables con otros temas que sean afines; además los instrumentos servirán como referencias para otras investigaciones en la localidad.

Así también se planteó como objetivo general: Determinar la relación que existe entre cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo - junio 2019; y los objetivos específicos fueron: Identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Identificar el Cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Establecer la relación entre la dimensión de cultura de

seguridad compromiso de gestión con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Establecer la relación entre la dimensión de cultura de seguridad procedimientos, políticas, reglas con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Establecer la relación entre la dimensión de cultura de seguridad percepción de riesgos con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Establecer la relación entre la dimensión cultura de seguridad entrenamiento en seguridad con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; establecer la relación entre la dimensión cultura de seguridad actitud hacia la seguridad con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

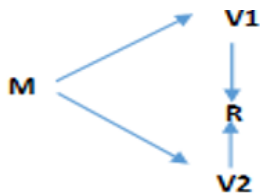
Para lo cual nos planteamos las siguientes hipótesis la cultura de seguridad del paciente se relaciona con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo - junio 2019; y las hipótesis específicas planteadas fueron: La dimensión de cultura de seguridad compromiso de gestión se relaciona con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo – junio 2019; La dimensión de cultura de seguridad procedimientos/políticas/reglas se relaciona con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo – junio 2019; La dimensión de cultura de seguridad percepción de riesgos se relaciona con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo – junio 2019; La dimensión de cultura de seguridad entrenamiento en seguridad se relaciona con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo – junio 2019; La dimensión de cultura de seguridad actitud hacia la seguridad se relaciona con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Periodo mayo – junio 2019.

II. MÉTODO:

2.1. Tipo y diseño de investigación

Es de tipo descriptivo - correlacional simple y de diseño no experimental Transversal. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014) (Polit, 2000)

Esquema:



2.2. Operacionalización de Variables:

Variable 1: Cultura de Seguridad del paciente.

Variable 2: Cumplimiento de la técnica de higiene de manos.

(Ver Anexo N° 09)

2.3 Población, muestra y muestreo:

2.3.1. Población:

Estuvo formada por el personal de salud asistencial (enfermeras y médicos) del Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas siendo una población total de 148 personas, de los cuales; 70 son médicos y 78 son enfermeras.

2.3.2 Muestra:

Estuvo compuesta por 62 profesionales, 30 médicos y 32 enfermeras, la cual es representativa y adecuada, Se obtuvo de manera aleatoria; y fue adecuada, con un nivel de error y de confianza de 0.5% para la muestra.

Nuestra población fue finita, y la determinamos a través de la formula siguiente:

$$n_o = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n_o : Muestra anterior

n : Muestra de investigación

N: Población (148)

Z: Nivel de confianza al 95% de confianza (1.96)

p: 0.50 fracción de éxito.

q: 0.50 fracción de fracaso.

e: Error muestral (5%)

Tamaño Muestral:

$$n_o = \frac{148 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{(148 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50} = 107$$

Ajuste muestral:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{107}{1 + \frac{107}{148}} = 62$$

Distribución muestral:

Profesionales de la salud	Población N_h	Muestra n_h
Médicos	70	30
Enfermeras	78	32
Total	N = 148	n = 62

2.3.3 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Médicos y enfermeras con un tiempo de trabajo mayor a 3 meses en la institución.
- Médicos y enfermeras que den su consentimiento de participar.
- Médicos y enfermeras que laboren en área asistencia.

Criterios de exclusión:

- Médicos y enfermeras que tengan un tiempo de trabajo menor a 3 meses en la institución.
- Médicos y enfermeras que no deseen formar parte de esta investigación.
- Médicos y enfermeras que laboren en área asistencial

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnica:

Se usó la técnica de la encuesta para la recolección de información de la variable cultura de seguridad del paciente y la observación para la variable cumplimiento de la higiene de manos.

2.4.2: Instrumento:

Se hizo uso del cuestionario sobre “Cultura de seguridad del paciente”, que fue creada por la autora, la cual estuvo conformada por 5 dimensiones, las que se encuentra valorada por criterios de: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5); estas dimensiones son:

- Compromiso de gestión.
- Procedimientos, política y reglas de seguridad.
- Entrenamiento en Seguridad.
- Percepción del Riesgo.
- Actitud hacia la seguridad.

Las cuales están distribuidos en el instrumento de la siguiente manera: La dimensión compromiso de gestión, fue evaluada mediante las preguntas (1,2,3,4,5); la dimensión de Procedimientos, políticas y reglas de seguridad fueron evaluadas con las preguntas (6,7,8,9,10,11) con los rangos de Bajo: 6 -13, Medio:14– 22, Alto: 23 – 30; para la dimensión de entrenamiento en Seguridad fue evaluada a través de las preguntas (20,21,22,23,24,25), con un rango establecido Bajo: 6 -13, Medio: 14,-22, Alto: 23-30; y para la dimensión de Percepción del Riesgo, fue evaluado por las preguntas (12,13,14,15,16,17,18,19), cuyos rangos establecidos fueron Bajo: 9-20, Medio: 21-33, Alto: 34-45 y, finalmente para la dimensión de Actitud hacia la

seguridad se evaluó a través de las preguntas (26,27,28,29,30,31,32,33), cuyos rangos establecidos fueron Bajo:8 – 18, Medio: 19- 29, Alto: 30 -40.

Y para la variable “cumplimiento de la técnica de higiene de manos”, se utilizó una lista de recolección de datos sobre las medidas adecuadas y los pasos que se debe realizar durante la higiene de mano. Es un instrumento adaptado por la autora tomado de la lista de chequeo para evaluar el proceso de higiene de manos clínico en IPRESS, de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional la Libertad versión 01- 2018 y de las directrices de la OMS. Este instrumento consta de 2 partes una corresponde a datos generales y la evaluación de la estructura, son ítems que complementarán la información, También cuenta con 12 ítems, que corresponden a los pasos de la técnica de higiene de manos; los cuales serán verificadas y observadas durante la recolección de datos.

2.4.3 Validez Y Confiabilidad

Se usó el cuestionario de cultura de seguridad del paciente, creado por la autora en base a la teoría de J. Reason (2000) y el estudio realizado por Chen & Jin (2013), del cual tomamos las 5 dimensiones más estudiadas para la seguridad del paciente, para lograr su validez se pasó por Juicio de experto, escogiéndose a 3 profesionales quienes tienen experiencia en el área de estudio; y son especialistas en investigación. Para la confiabilidad se usó la prueba piloto que se aplicó a un grupo similar de 19 profesionales entre enfermeros y médicos; donde se obtuvo un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.955$ ($\alpha > 0.70$) para el instrumento de “Cultura de Seguridad en higiene de manos” y un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.894$ ($\alpha > 0.70$). Y para el instrumento que evalúa la práctica de higiene de manos, lo cual indica que los instrumentos usados la cultura de seguridad del paciente y la práctica del lavado de manos son confiables. (Ver Anexo N° 6,7,8)

2.5 Métodos de análisis de datos:

Los resultados fueron estudiados a través del programa Statistical Package for Social sciences (SPSS), en versión 22.0; los resultados se presentaron en tablas simple y doble entrada. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014)

Para la hipótesis se utilizó el coeficiente Rho de Spearman, esto permitirá evaluar nivel de influencia entre ambas variables (Cultura de seguridad del paciente y cumplimiento de técnica de higiene de manos), con nivel de confianza de 95% y con

una significancia de 5%. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014) (Polit, 2000)

2.6 Aspectos éticos:

En la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos como el de la privacidad y confidencialidad con los cuales se protegió la intimidad de las personas que participaron de la investigación, y la confidencialidad de la información; además se solicitó el compromiso de participación haciendo uso del documento del consentimiento informado, con lo cual solicitamos al profesional el permiso para participar de forma libre y voluntaria. Se consideró los principios brindados en el informe de Belmont como el principio de respeto por las personas, el cual se refiere a tratar a la personas como entes autónomos; también se hizo uso del principio de beneficencia y no maleficencia. (DECLARACIÓN DE HELSINKI, 2015) (Manzana, 2016). Así mismo la tesis fue revisada utilizando la plataforma Turnitin para la búsqueda de similitudes.

III. RESULTADOS.

3.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de cultura de seguridad del paciente en el profesional de salud del IREN Norte, mayo - junio, 2019

CULTURA DE SEGURIDAD AL PACIENTE	Nº	%
Bajo	36	58%
Medio	18	29%
Alto	8	13%
Total	62%	100%

En la Tabla 1, se observa como los profesionales de la salud presentan un nivel bajo de cultura en un (58%), y el 29% de profesionales de salud obtuvieron un nivel medio, y sólo el 13% de estos indicó un nivel alto. Determinándose que la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de salud del IREN Norte es de nivel bajo y medio, en un (87%).

Tabla 2

Nivel de cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo - junio, 2019

	Nº	%
CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS		
No cumple	44	71%
Si cumple	18	29%
Total	62	100%

En la Tabla 2, observamos cómo el 71% de los profesionales de salud no cumplen con la técnica de higiene de manos; en tanto el 29% de los profesionales de salud cumplen con la técnica de higiene de manos. Determinándose que sobre el cumplimiento de técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, se encontró que no cumple con la técnica de higiene de manos en un (71%).

3.2 PRUEBA DE NORMALIDAD

Tabla 3

Prueba de Normalidad de Kolmogorov Smirnov de la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN, mayo – junio, 2019

PRUEBA DE NORMALIDAD			
VARIABLES / DIMENSIONES	Kolmogorov Smirnov		
	Estadístico	Gl	Sig.
CULTURA DE SEGURIDAD AL PACIENTE	0.153	62	0.001
COMPROMISO DE GESTIÓN	0.159	62	0.000
PROCEDIMIENTOS, POLITICAS Y NORMAS	0.157	62	0.001
PERCEPCIÓN DE RIESGOS	0.157	62	0.001
ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD	0.188	62	0.000
ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD	0.170	62	0.000
CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS	0.190	62	0.000

La Tabla 3, nos muestra que la prueba de Kolmogorov Smirnov que se usa para muestras mayores a 50 ($n > 50$), evalúa la normalidad de datos para las variables en estudio, evidenciándose que los valores de significancia para las variables son menores al 1% ($p < 0.01$), observándose que los datos se distribuyen de manera no normal; por ello es importante realizar la prueba no paramétrica de correlación de spearman, con la cual se determinar la relación entre las variables cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos.

3.3 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis alterna (H₁): La cultura de seguridad del paciente se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo – junio, 2019.

Hipótesis nula (H₀): La cultura de seguridad del paciente no se relaciona de manera directa y significativa con la higiene de manos del profesional de salud del IREN Norte, mayo – junio, 2019.

Tabla 4

Cultura de seguridad del paciente y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo – junio, 2019

Cumplimiento de la técnica de higiene de manos	Cultura de seguridad del paciente						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si cumple	8	12.9%	4	6.5%	6	9.7%	18	29.0%
No cumple	0	0.0%	14	22.6%	30	48.4%	44	71.0%
Total	8	12.9%	18	29.0%	36	58.1%	62	100%

Correlación R _{ho} de Spearman	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
CUMPLIMIENTO DE LA TECNICA HIGIENE DE MANOS	
Coefficiente de correlación de R _{ho} spearman	0.857**
Sig. (bilateral)	0.000
N	62

** La relación altamente significativa al 1% (0.01).

En la Tabla 4, se observa que de los profesionales que presentan un nivel alto de cultura de seguridad del paciente (12.9%); todos cumplen con la técnica de higiene de manos. El 29% presentan una cultura de seguridad del paciente nivel medio; el 22.6% no cumple con la técnica de higiene de manos y el 6.5% sí cumple. De los profesionales que presentan un nivel de cultura bajo (58.1%); el 48.4% no cumple con la técnica de higiene de manos y el 9.7% si cumple. El coeficiente de correlación de spearman es $R_{ho} = 0.857$ con nivel de significancia $p = 0.000$ el cual es menor al 1% ($p < 0.01$), lo que significa que la cultura de seguridad del paciente tiene una relación directa y altamente significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesional del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, durante el periodo mayo – junio del 2019.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis alterna (H₁): El compromiso de gestión se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, durante el periodo, mayo – junio del 2019.

Hipótesis nula (H₀): El compromiso de gestión no se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, durante el periodo, mayo – junio del 2019.

Tabla 5

Compromiso de gestión y su relación con el cumplimiento de la Técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo – junio, 2019

Cumplimiento de la técnica de la higiene de manos	Compromiso de gestión						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si cumple	8	12.9%	4	6.5%	6	9.7%	18	29.0%
No cumple	0	0.0%	17	27.4%	27	43.5%	44	71.0%
Total	8	12.9%	21	33.9%	33	53.2%	62	100%

Correlación R _{ho} de Spearman	COMPROMISO DE GESTIÓN
CUMPLIMIENTO DE LA TECNICA DE HIGIENE DE MANOS	
Coefficiente de correlación de R _{ho} spearman	0.858**
Sig. (bilateral)	0.000
N	62

** La relación altamente significativa al 1% (0.01).

En la Tabla 5, se observa que la dimensión compromiso de la gestión de la cultura de seguridad del paciente, el mayor porcentaje lo tiene el nivel bajo con un 53.2%; de los cuales 43.5% no cumplen con la técnica de higiene de manos y el 9.7% si cumple con esta. De los profesionales que presentaron un nivel medio (33.9%), el 27.4% no cumple con la técnica de higiene de manos y el 6.5% si cumple. Con respecto al nivel alto de la dimensión compromiso de la gestión de la cultura de seguridad del paciente el 12.9% todos cumplen con la técnica de higiene de manos. De acuerdo al coeficiente de correlación de spearman, se sabe que el compromiso de gestión se relaciona de manera directa y altamente significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos del profesional de salud del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un R_{ho} = 0.858 y con nivel de significancia p = 0.000 siendo esto menor al 1% (p < 0.01).

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis alterna (H₁): Los procedimientos se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo – junio, 2019.

Hipótesis nula (H₀): Los procedimientos no se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo – junio, 2019.

Tabla 6

Procedimientos, políticas y normas y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo - junio, 2019.

Cumplimiento de la técnica de la higiene de manos	Procedimientos, políticas y normas						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si cumple	7	11.3%	5	8.1%	6	9.7%	18	29.0%
No cumple	0	0.0%	16	25.8%	28	45.2%	44	71.0%
Total	7	11.3%	21	33.9%	34	54.8%	62	100%

Correlación R _{ho} de Spearman	Procedimientos, políticas Y normas
Cumplimiento de la técnica de higiene de manos	
Coefficiente de correlación de R _{ho} spearman	0.855**
Sig. (bilateral)	0.000
N	62

** La relación altamente significativa al 1% (0.01).

En la Tabla 6, observamos que en la dimensión de procedimientos, políticas y normas el mayor porcentaje se encuentra en el nivel bajo con un porcentaje 54.8%; de los cuales 45.2% no cumple con la técnica de higiene de manos y el 9.7% si cumple. De los profesionales que presentan una cultura de seguridad media (33.9%); el 25.8% no cumplen con la técnica de higiene de manos y solo 8.1% si cumplen con la técnica de higiene de manos. De los 11.3% que tienen un nivel alto, el total sí cumple con la técnica de higiene de manos. Con el coeficiente de correlación de spearman es $R_{ho} = 0.855$, que indica que existe una alta relación directa entre variables, con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 1% ($p < 0.01$); se confirma que existe una relación de manera directa y significativa entre el procedimiento, políticas y normas con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo mayo – junio, 2019.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis alterna (H₁): La percepción de riesgos se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, durante el periodo mayo – junio. 2019.

Hipótesis nula (H₀): La percepción de riesgos no se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, durante periodo mayo – junio. 2019.

Tabla 7

Percepción de riesgos y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo-junio, 2019.

Cumplimiento de la técnica de la higiene de manos	Percepción de riesgos						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si cumple	7	11.3%	5	8.1%	6	9.7%	18	29.0%
No cumple	0	0.0%	14	22.6%	30	48.4%	44	71.0%
Total	7	11.3%	19	30.6%	36	58.1%	62	100%

Correlación R _{ho} de Spearman	PERCEPCIÓN DE RIESGOS
CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS	
Coefficiente de correlación de R _{ho} spearman	0.856**
Sig. (bilateral)	0.000
N	62

** La relación altamente significativa al 1% (0.01).

En la Tabla 7, podemos observar que con respecto la dimensión de Percepción de riesgos y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, el mayor porcentaje se encuentra en el nivel bajo de la percepción de riesgo con 58.1%; de los cuales 48.4% no cumplen con la técnica de higiene de manos, y el 9.7% si cumple. En el nivel medio de la dimensión percepción (30.6%); el 22.6% no cumplen con la técnica de higiene de manos y el 8.1% si cumple. Y del 11.3%, que presentan un nivel alto, todos cumple con la técnica de higiene de manos; además por coeficiente de correlación de spearman es $R_{ho} = 0.857$, con nivel de significancia $p = 0.000$, el cual es menor al 1% ($p < 0.01$). Se infiere que existe una relación directa y altamente significativa entre la dimensión percepción de riesgos y el cumplimiento de higiene de manos de los profesionales en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, durante los periodos de mayo – junio, 2019.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis alterna (H_1): El entrenamiento en seguridad se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, durante periodo mayo – junio, 2019.

Hipótesis nula (H_0): El entrenamiento en seguridad no se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos del profesional de salud del IREN Norte, durante periodo mayo- junio, 2019.

Tabla 8

Entrenamiento en seguridad y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos del profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio, 2019.

Cumplimiento de la técnica de la higiene de manos	Entrenamiento en seguridad						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si cumple	8	12.9%	4	6.5%	6	9.7%	18	29.0%
No cumple	0	0.0%	12	19.4%	32	51.6%	44	71.0%
Total	8	12.9%	16	25.8%	38	61.3%	62	100%

Correlación R_{ho} de Spearman	ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD
CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS	
Coefficiente de correlación de R_{ho} spearman	0.857**
Sig. (bilateral)	0.000
N	62

** La relación altamente significativa al 1% (0.01).

En la Tabla 8, observamos que con respecto a la dimensión de entrenamiento de seguridad de la cultura de seguridad de paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, se encontró que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel bajo con un 61.3%; de los cuales 51.6% no cumplen con la técnica de higiene de manos y el 9.7% si cumple. De los profesionales que presentaron un nivel medio (25.8%); el 19.4% no cumple con la técnica de higiene de manos y el 6.5% si cumple; de los profesionales que presentaron un nivel alto 12.9%, la totalidad cumple con la técnica de higiene de manos. Y mediante el coeficiente de correlación de spearman es $R_{ho} = 0.857$; se concluye que existe una relación directa y altamente significativa, con un nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 1% ($p < 0.01$); entre la dimensión entrenamiento de seguridad de la cultura de seguridad de paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, durante los periodos mayo- junio, 2019.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis alterna (H_1): La actitud hacia la seguridad se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, durante el periodo de mayo – junio, 2019.

Hipótesis nula (H_0): La actitud hacia la seguridad no se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos del profesional de salud del IREN Norte, durante el periodo de mayo – junio, 2019.

Tabla 9

Actitud hacia la seguridad y su relación con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional de salud del IREN Norte, mayo- junio, 2019.

Cumplimiento de la técnica de la higiene de manos	Actitud hacia la seguridad						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si cumple	8	12.9%	4	6.5%	6	9.7%	18	29.0%
No cumple	0	0.0%	14	22.6%	30	48.4%	44	71.0%
Total	8	12.9%	18	29.0%	36	58.1%	62	100%

Correlación R_{ho} de Spearman	ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD
CUMPLIMIENTO DE LA TECNICA DE HIGIENE DE MANOS	
Coefficiente de correlación de R_{ho} spearman	0.854**
Sig. (bilateral)	0.000
N	62

** La relación altamente significativa al 1% (0.01).

En la tabla 9, podemos observar que la dimensión actitud hacia la seguridad del paciente en relación al cumplimiento de higiene de manos; se encontró que el porcentaje de actitud alta para esta dimensión fue de 12.9%, de los cuales todos cumplen con la técnica de higiene de mano. Del 29% del nivel medio de actitud hacia la seguridad, el 6.5 sí cumple con la técnica de higiene de manos y el 22.6% no cumple con la técnica de higiene de mano. Del total de nivel bajo de la actitud hacia la seguridad 58.1; solo el 6 % cumplen con la técnica de higiene de manos. Además se verifica que existe una relación directa y altamente significativa, con una correlación de spearman de $R_{ho} = 0.854$, y con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 5% ($p < 0.05$), en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, durante los periodos mayo- junio, 2019.

DISCUSIÓN:

Hablar de cultura de seguridad del paciente resulta una prioridad que requiere apostar para incluir la calidad a nuestra atención, mirar a la seguridad del paciente es definir los procesos diseñados para prevenir, disminuir y corregir las consecuencias de errores que ocurren durante el proceso de atención; evitando daños que resultan irreversibles. Uno de estos indicadores de calidad y seguridad del paciente resulta ser la higiene de manos, que es la piedra angular en la reducción de infecciones adquiridas en los centros hospitalarios. El incumplimiento de la técnica de higiene de manos, puede provocar infecciones sobre agregada ocasionando que la salud del paciente se vea afectada complicando así la situación de salud, aumentando su estancia hospitalaria, ocasionando gastos económicos innecesarios para el paciente y para el estado.

Por ello, resulta necesario tener una cultura de seguridad alta, pues represente la piedra angular de las buenas prácticas de seguridad; basándose en una excelente comunicación, confianza, y percepción siendo importantes las medidas preventivas; existen múltiples ventajas que se dan cuando la cultura de seguridad en la empresa es alta, una de estas ventajas es la disminución de accidentes, y un aumento de “eficiencia” y “competitividad”, al obtener que los trabajadores realicen su trabajo con calidad. Estos beneficios hacen que se den menos errores con un evidente incremento de su producción y su calidad que se ofrece; es importante reconocer que estas acciones no corresponden de manera individual sino que corresponde a nivel grupal y por ende institucional.

Según Helmreich (1998), el camino hacia una cultura de seguridad y una cultura justa es laborioso, no se da por casualidad ni por ley u ordenanza, sino que se forma con el trabajo y apoyo de los trabajadores que realizan la atención directa al paciente y también del esfuerzo de los líderes que administran las organizaciones.

En la formación de la cultura de seguridad del paciente, es importante aplicar algunas alternativas como son impartir cursos sobre el cumplimiento de la técnica correcta de la higiene de manos, es importante concientizar a los trabajadores de la importancia de realizar los procedimientos en base a las normas, guías y adoptar buenas practica; además la institución debe proporcionar material adecuado sobre la guías de la técnica de higiene de manos, hacer difusión sobre aspectos importantes y comportamientos deseados, por intermedio de posters, boletines; se debe reconocer las buenas practicas, etc. Resulta

trascendental apostar por una cultura de seguridad y para lograrlo se necesita aliarse de la educación, con la finalidad que el personal interiorice y asuma principios de seguridad en su diario que hacer y que no solo lo aplique cuando está siendo observado por la supervisión, sino que sea un acto consciente.

Los resultados encontrados, reafirman los datos por la Healthcare management americas, y la universidad de Florida (2018), donde encontraron que el Perú presentaba una cultura de seguridad del paciente de malo en 82 % y Sánchez (2016), también encontró que la “cultura de seguridad del paciente” era inadecuada en 54% y adecuada en solo el 1%; al igual que Saravia en el 2017, encontró que 32.4% tiene nivel bajo en cultura de seguridad, y el 4.6% presentó alto nivel; estos resultados difieren a los encontrados por Vergara, en el 2017, donde el 75% presenta una cultura buena a excelente; estos resultados encontrados nos permite acotar que la cultura de seguridad del paciente encontradas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, aún se encuentra en proceso de formación y en esta fase se precisa la intervención activa de todos los involucrados.

Sobre el cumplimiento de higiene de manos, se encontró que el profesional de la salud del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas no cumple en un (71%) con la técnica de higiene de manos. El no cumplimiento de la técnica de higiene de manos realizado por el personal de salud en la atención que brinda, coloca al paciente en un estado de riesgo a sufrir complicaciones como: infecciones debido a que el profesional se convierte en un transmisor de microorganismos, aunado a esto los paciente oncológico por la naturaleza de la enfermedad y de los tratamientos que reciben, el 80 % cursan con defensas bajas lo que hace que seas más susceptible y que tenga mayor riesgo de sufrir complicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009), la higiene de manos representa la medida más importante, en el “control de las infecciones”, por ser costo efectivo; por ello es la más promocionada en la búsqueda de la calidad de tipo multimodal. Esta se realiza haciendo uso del alcohol gel, o lavándolas con agua y jabón; haciendo que las manos de los profesionales queden exentas de microorganismos, y convirtiéndose en segura para la atención al paciente. El no cumplir con la higiene de manos se ha descrito que se da por diversas causas entre ellas: “la falta de tiempo”, “sobrecarga de tareas”, “carencia de insumos” para el lavado de manos; además de ello, tiene muy ligado el factor personal como la creencia que el uso de guantes sustituye la higiene de manos, también influye la cultura institucional que presenten. Se puede considerar que los factores mencionados,

también contribuyen a que el profesional de salud del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, no se realice la higiene de manos. Además, se evidencio la falta de alcohol gel que es la medida más rápida para que el profesional higienice sus manos; los resultados encontrados en la presente investigación reafirman los encontrados por Aparicio (2014), quien determino que el 65,67% no se realizan higiene de mano y usan guantes. Sares y Solís (2008), en su investigación encontraron que el lavado de manos fue de baja e incompleta y se da después de atender al paciente; estas investigaciones difieren con los resultados encontrados por Mendoza y Sandoval,(2016), quien encontró que las enfermeras en su mayoría realizan un correcto lavado de manos (61%).

Por otro lado, en la tabla 4, sobre la relación de la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la higiene de mano se encontró que de los profesionales que presentaron una cultura de seguridad del paciente con nivel alto (12.9%) todos cumplen con la técnica de higiene de manos; y del total de profesionales que presentaron una cultura de seguridad del paciente con nivel medio (29%), el 22.6% no cumple con la técnica de higiene de manos; y de los profesionales que presentaron un nivel de cultura bajo (58.1%), el 48.4% no cumple con la técnica de higiene de manos y solo el 9.7%, si cumplen; estos resultados nos lleva a deducir que hay una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la higiene de manos, lo que son ratificados por coeficiente de spearman con un nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 5% ($p < 0.05$)

Los resultados encontrados, reflejan que la cultura de seguridad del paciente que presentan los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas tienen una relación significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos; es así que los profesionales que tienen el nivel de cultura de seguridad alto todos cumplen con la técnica de higiene de manos; y es que la cultura que tenemos son adquiridos a través del transcurrir de nuestras vidas influye en el comportamiento que adoptemos, según Vílchez (2014), hay que tener en cuenta que el ser humano es un ser complejo y que cada decisión que tome es exteriorizado por comportamientos, los cuales son formados e influidos por las creencias, emociones, y experiencias vividas; cambiar estas conductas y comportamientos es un proceso que no resulta fácil pero tampoco imposible. Es importante saber que para cambiar estos hábitos, es necesario establecer el liderazgo como un factor motivador para realizar cambios; por ello es necesario motivar a las personas sobre el porqué cambiar, haciéndole ver lo beneficioso que puede ser adoptar medidas adecuadas, convirtiéndonos en una

persona de cuidado que no solo se cuida a sí mismo sino que cuida de su prójimo, evitando presentar comportamientos inseguro. Entonces, hay que crear una creencia asociada a ese comportamiento, para que se realice de forma adecuada la siguiente vez; convirtiéndolo en un comportamiento consciente seguro. Las principales causas que pueden llevar a un profesional a realizar actos inseguros es el desconocimiento de los riesgos a los que exponemos a nuestros pacientes, la desconcentración en la tarea, la improvisación, el estar apurado y el exceso de confianza.

La Organización Mundial de la Salud, creó “la Alianza Mundial para la seguridad del Paciente”, donde se enfatiza la higiene de manos como un elemento indispensable para eliminar las infecciones intrahospitalarias que constituyen un problema de seguridad del paciente, favoreciendo la prevención de estas, a través del slogan “una atención limpia es una atención segura”; debido a que las manos son la principal vía por la que se difunden y se transmiten; por ello las organizaciones internacionales difunden arduamente la higiene de manos. El cumplimiento de la higiene de manos es un indicador de calidad y de seguridad del paciente.

En la Tabla 5, observamos que la dimensión compromiso de la gestión de la cultura de seguridad del paciente el mayor porcentaje lo tiene el nivel bajo con un 53.2%, de los cuales 43.5% no cumplen con la técnica de higiene de manos y el 9.7% si cumplen; de los profesionales que presentaron un nivel medio (33.9%), el 27.4% no cumple con la técnica de higiene de manos y el 6.5% si cumple; y con respecto al nivel alto de la dimensión compromiso de la gestión de la cultura de seguridad del paciente el 12.9% todos cumplen con la técnica de higiene de manos, además por coeficiente de correlación de spearman, se sabe que el compromiso de gestión se relaciona de manera directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, con un valor de $R_{ho} = 0.858$, con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 5% ($p < 0.05$).

Según Vélchez (2014), crear y consolidar una cultura de seguridad es responsabilidad de los líderes de las instituciones, donde deben considerar que las complicaciones como las infecciones, no solo representan estadísticas, si no que se debe trabajar para prevenirlo. Los cambios de la organización representa un aspecto importante, donde es responsabilidad de las autoridades refiriéndose a que existe una cultura de seguridad del paciente con respecto a la higiene de manos, donde el hospital debe contar con ciertos aspectos que contribuyan a tener una cultura de seguridad adecuada como es tener una infraestructura adecuada para

facilitar a los profesionales de la salud a que se realicen la higiene de manos; esto también esta refrendado en las Directrices de la OMS; que indica que el cumplimiento de higiene de manos sólo es posible, si las áreas cuentan con infraestructuras adecuada y deben contar con insumos necesarios y adecuados para la realización de la higiene de manos en el lugar y en el momento que se requiera de la higiene de manos; en cualquiera de “Los 5 momentos para la higiene de las manos”. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

El rol que ejerce la administración y la gerencia en formar y fomentar una cultura de seguridad del paciente es fundamental, y requiere que los directivos tengan conocimiento y establezcan compromisos en la búsqueda de la seguridad del paciente a través de todo el desarrollo de la atención. Según (Perez & Vasquez, 2013) refiere que “Las prácticas no tienen ningún valor si los líderes no toman las riendas y las adoptan. El éxito en la seguridad del paciente comienza con el liderazgo y termina con el liderazgo y es todo liderazgo”.

En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, se puede observar que en los servicios de atención directa al paciente se cuenta con insumos y materiales adecuados para el cumplimiento de la técnica de higiene de manos (lavamanos, jabón líquido de clorhexidina, papel toalla), insumos que facilita la atención segura de los pacientes; lo que está se debe reforzar es la supervisión y el liderazgo que se requiere para favorecer a una cultura de seguridad del paciente.

En la Tabla 6, se observa que para la dimensión de procedimientos, políticas y reglas se encuentra que el nivel alto corresponde al 11.3%, de los cuales la totalidad cumplen con la técnica de higiene de manos, en el nivel medio se observa que corresponde al 33.9%, del cual 8.1% si cumple y el 25.8% no cumple con la técnica de higiene de manos; con respecto al nivel bajo corresponde el 54.8%, de los cuales el 45.2% no cumple con la técnica de higiene de manos; además el coeficiente de correlación de spearman es $R_{ho} = 0.855$ hace ver que existe una alta relación directa con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 5% ($p < 0.05$).

Distintas instituciones proponen a la seguridad como una marca institucional, son instituciones que no se dejan llevar por el reconocimiento que obtienen, sino que constantemente evalúan y regulan su organización y los procedimientos, donde las políticas y normas que establecen tienen la finalidad de guiar el camino para obtener una

cultura de seguridad, evitando que ocurran circunstancias de errores; en donde refuerzan y educan a sus integrantes en la estandarización de los procedimientos, de las normas y de las practicas seguras, del trabajo en equipo; en estas instituciones las decisiones son flexibles están guiadas en la experticia de los trabajadores, disponen de una organización no punitiva, donde se pone énfasis a la prevención de errores (complicaciones), una de estas son las infecciones que se encuentran ligadas a la atención de salud, para lo cual se han implementado guías, protocolos y normas básicas que direccionan el actuar del equipo multidisciplinario emitidas por organizaciones internacionales como la organización Mundial de la salud, con la finalidad de prevenir las infecciones, direccionando ¿Cómo? ¿Cuándo?, ¿Con que productos? Y en qué tiempo se debe realizar el proceso de la higiene de manos en los trabajadores de salud.

Se encontró que en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, la dimensión de procedimientos, políticas y normas de la cultura de seguridad del paciente en higiene de manos es poco difundida y poco reconocida por los profesionales de la institución, además la falta de supervisión permanente hace que los trabajadores olviden la maneras correctas de realizar los procedimientos, esto aunado al poco interés de cambio de comportamiento que puede existir, Según Vélchez (2014), en la evolución de la cultura de seguridad se evidencia 3 aspectos esenciales: el primero consiste en evaluar que los procedimientos/ procesos cumplan con la estandarización esto representa un cumplimiento pasivo este proceso da referencia a una cultura de seguridad negativa; el 2do aspecto consiste en involucrar al personal en el cumplimiento de los protocolos y normas, con un cumplimiento activo y el 3ero consiste en enseñar adoptar medidas que brinden seguridad como son reconocer los riesgos, practicar comportamientos que favorezcan la seguridad y establecer los procedimientos que se deben realizar para prevenir, estos actos se asocian a la cultura de seguridad alta. Por ello las instituciones cambian de una posición de seguridad baja a una de seguridad alta.

En la realidad el paciente puede sufrir lesiones o complicaciones por lo complejo que puede ser su atención, y no necesariamente será a causo del factor humano, sino a causa del sistema por falta de procedimientos, políticas y normas de atención; las cuales son importantes y deben ser bien difundidas, y repetidas, con la finalidad que se internalice y se ponga en práctica. Aquí juega un rol importante la supervisión siendo una pieza clave para obtener la seguridad de la institución, su función es liderar los procesos asesorando

continuamente y realizando prácticas seguras y tener decisiones seguras de trabajo en búsqueda de la seguridad; es importante saber que trabajar con el proceso de gestión en base a los comportamientos resulta muy efectivo logrando disminuir hasta el 75% el número de accidentes.

En la Tabla 7, se observa que con respecto a la dimensión percepción de riesgos y cumplimiento de la técnica de higiene de manos, se encuentra que el 11.3% tienen un nivel de percepción de riesgos altos y la totalidad cumple con la técnica de higiene de manos, y el 30.6% presenta una percepción de riesgos medio, de esto el 22.6% no cumple con la técnica de higiene de manos y solamente el 8.1% si cumple, con respecto a la percepción de riesgo bajo el 58.1%, se encuentra en este nivel de los cuales el 71% no cumple con la técnica de higiene de manos; a la verificación de los resultados con el coeficiente de correlación de spearman es $R_{ho} = 0.857$, se encontró que existe una relación directa y significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos del profesional de salud del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2019.

Estos resultados encontrados hacen ver que mientras la percepción de riesgo es alta el profesional cumple con la técnica de higiene de manos de manera correcta debido a que es consiente que el no hacerlo puede contribuir a que sucedan eventos adversos, errores, complicaciones en el paciente, En el ambiente laboral, los trabajadores perciben el riesgo que tienen siempre y cuando tienen conocimientos. (Alonso Morillejo & Pozo Muñoz, 2009)

La percepción de riesgos es uno de las principales dimensiones que considera al conocimiento como el nivel de control de los riesgos que poseen las personas. Por otro lado, definen al riesgo como “una expresión de la probabilidad de que pueda ocurrir algún suceso no placentero”, así pues, el factor de riesgo es reconocido como un factor que puede estar presente en el ambiente o que puede ser propio del paciente que lo hacen susceptible a que desarrolle alguna enfermedad. Esta situación puede darse al no tener conocimiento de los riesgos que provocan al paciente por el incumplimiento de higiene de manos.

Entonces la “percepción del Riesgo”, resulta necesario e importante cuando se va a estudiar las diferentes conductas que pueden presentarse ante las diversas enfermedades o momentos de riesgos que se pueden presentar en el área de trabajo y en especial con sus pacientes; en absoluto la percepción de riesgo que presentan las personas está muy

relacionada con las acciones que adopten para promover la salud de los que cuida y su propia salud. (Reason; 2003) (OMS; 2018)

En la Tabla 8, observamos que existe un nivel de entrenamiento de seguridad alto en un 12.9% y del cual todos cumplen con la técnica de higiene de manos; de los profesionales que tienen nivel medio de entrenamiento en seguridad (25.9%), el 19.4% no cumplen con la técnica de higiene de manos y solamente un 6.5% cumple con la técnica de higiene de manos; y con respecto al entrenamiento en seguridad de nivel bajo (61.3%), el 51.6% no cumple con la técnica de higiene de manos y tan solo 9.7% cumple con la técnica de higiene de manos; esto quiere decir que existe una relación altamente significativa entre el entrenamiento de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos; por el coeficiente de correlación de spearman con un $R_{ho} = 0.857$ con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 5% ($p < 0.05$)

El desarrollo del trabajo día a día puede hacer caer en la rutina a los trabajadores y el entusiasmo y precaución que se daba cuando el trabajo era nuevo ya no existirá haciendo que se dé una actitud relajada y confiada, donde se supone que todos los aspectos son manejados, que los riesgos y peligros que pueden existir ya no son un problema; esta situación puede con llevar a que los trabajadores no adviertan la presencia y las probabilidades de que se presenten un error un accidente; es necesario por ello el entrenamiento en seguridad, el cual debe ser continuo, pues hará recordar que existe peligro y que nadie está libre de este, por eso es importante que los trabajadores comprendan los objetivos que tienen las clases de entrenamiento en seguridad , la importancia que estas tienen, y los aspectos que pueden suceder como consecuencia del desobedecimiento del proceso y reglas. Las capacitaciones deberán ser entendidas y se debe desarrollar un clima de confianza donde el personal pregunte y repregunte sobre aspectos que no hayan comprendido, pues el objetivo del entrenamiento en seguridad en higiene de manos debe ser que las personas aprendan y sean capaz de laborar cumpliendo las normas y procesos, aquí juega un rol esencial los supervisores quienes evaluarán en el día a día de manera rápida y concisa los aspectos aprendidos y serán ellos quienes realicen la retroalimentación in situ y verifiquen que realicen un trabajo seguro a través del cumplimiento de higiene de manos; además se deben internalizar que los beneficios que se logra mediante la medidas de seguridad pueden ser muy grandes, comparado a las complicaciones que se pueden dar. (Montero; 2015) (OMS; 2009).

En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, se realiza capacitaciones programadas, además se realiza la supervisión programada dado por el comité de seguridad y por el servicio de epidemiología; lo que no se evidencia es una supervisión continua a través de observaciones inopinadas y de reforzamiento en el momento y lugar de la atención; lo que hará que el aprendizaje esté ligado a la práctica y se internalice y poco a poco se vaya adoptando conductas seguras con respecto al cumplimiento de higiene de manos.

En la tabla 9, podemos observar que la dimensión actitud hacia la seguridad del paciente en relación al cumplimiento de higiene de manos se encontró que el porcentaje de actitud alta para esta dimensión fue de 12.9%, de los cuales todos cumplen con la técnica de higiene de manos, del 29% del nivel medio de actitud hacia la seguridad, el 6.5 sí cumple con la higiene de manos y el 22.6% no cumple con la técnica de higiene de mano y del total de nivel bajo de la actitud hacia la seguridad (58.1) solo el 6 % cumplen con la técnica de higiene de manos; además se verifica que existe una alta relación directa entre la dimensión actitud hacia la seguridad y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos; con una correlación de spearman es $R_{ho} = 0.854$

Según Montero (2015), Para obtener un lugar de trabajo seguro, la actitud que presentan los profesionales que trabajan es un factor importante en la búsqueda de una cultura de seguridad; la actitud alta que presenten los trabajadores favorecerá a que todos los que laboran en la institución sepan que la única forma de preservar la salud del paciente y la de ellos es teniendo actitudes positivas hacia la seguridad.

La actitud es la predisposición por parte de una persona a responder en cierta forma a una situación específica, la actitud hacia la seguridad de la higiene de manos, es una competencia que debe desarrollar la institución de salud en todos los trabajadores mediante capacitaciones bien formuladas, consistentes y dinámicas con el apoyo continuo de la administración y gerencia de la institución que siempre debe velar por la comunicación y el incremento de conocimientos, haciendo que el personal lo internalice como propios. Estos programas de capacitación deben ser formulados teniendo una participación activa de los trabajadores, evitando que piensen que es una sobre carga más; sino que lo vean como parte de su responsabilidad y que ello son los artífices de esto, esta situación favorecerá una participación libre y espontánea de los trabajadores logrando obtener procesos con mayor calidad y evidenciando el cumplimiento de la técnica correcta

de higiene de manos; lo dicho anteriormente es validado por lo que se ha encontrado en nuestra investigación donde se observa que los profesionales que presentan una actitud alta hacia la seguridad del paciente cumplen con la técnica de la higiene de manos en un 12.9%; debido a que han internalizado la importancia que tiene el cumplimiento de la higiene de manos para evitar complicaciones sobre agregadas al paciente y a la vez en el cuidado de su propia salud; existiendo aún mucho que trabajar con el resto de personal que no adoptan actitudes de seguridad.

V. CONCLUSIONES:

1. Existe una relación directa y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el profesional del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas con un $R_{ho} = 0.857$ con nivel de significancia $p = 0.000$ el cual es menor al 1% ($p < 0.01$).
2. La cultura de seguridad del paciente es de nivel bajo en un 58%, en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
3. La técnica de higiene de manos no se cumple en un 71%, en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
4. La dimensión de cultura de seguridad del paciente: Compromiso de gestión tiene una relación positiva en el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un $R_{ho} = 0.858$ y con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 1% ($p < 0.01$).
5. La dimensión de cultura de seguridad del paciente: Procedimientos, políticas y normas presentan una relación significativa en el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un $R_{ho} = 0.855$, y con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 1% ($p < 0.01$).
6. La dimensión de cultura de seguridad del paciente: Percepción de riesgos tiene una relación significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un $R_{ho} = 0.857$ y con nivel de significancia $p = 0.000$, el cual es menor al 1% ($p < 0.01$).
7. La dimensión de cultura de seguridad del paciente: Entrenamiento en seguridad, tiene una relación significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con $R_{ho} = 0.857$ y con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 1% ($p < 0.01$).
8. La dimensión de cultura de seguridad del paciente: Actitud hacia la seguridad, tiene una relación significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en los profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, y $R_{ho} = 0.854$, y con nivel de significancia $p = 0.000$ siendo esto menor al 1% ($p < 0.01$).

VI. RECOMENDACIONES:

- Fomentar las capacitaciones programadas, sobre temas de cultura de seguridad del paciente y de la importancia de la higiene de manos a nivel Institucional que incluyan talleres donde estén involucrados todo el personal.
- Establecer el sistema de supervisión de enfermería y de profesionales, con la finalidad de que sean líderes fomentando y velando por la seguridad del paciente en los diferentes ámbitos.
- Realizar evaluaciones inopinadas sobre el cumplimiento de higiene de mano, y realizar feedback en el momento, realizar difusión de resultados, por servicios.
- Solicitar la compra de soluciones alcohólicas, para la desinfección de las manos de los trabajadores de la institución y fomentar su uso antes, durante y después de la atención de los pacientes.
- Realizar investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente en aspectos cualitativos para una mejor comprensión de los factores que la afectan.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Alonso Morillejo, E., & Pozo Muñoz, C. (2009). *Percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales*. España: Universidad de Almería. Obtenido de http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_3_6.pdf
- Alvaro, C. (2009). *Plan de Acción para reducir los eventos adversos de mayor prevalencia en el Perú"Estudio Iberoamericano de efectos adversos ligados a la hospitalización en el Perú"*. Perú: MINSA. Obtenido de <https://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2009/12/5-IBEAS-Perú-MINSA-decsa.pdf>
- Anaya-Flores, ortiz - López S; Hernandez Zarate, V: Garcia - Hernández A: Jimenez - Bravo, M; Angeles -Garay U. (2007). Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*(3), 141-146. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073e.pdf>
- Aparicio, N. (2014). *Higiene de las manos del personal médico y de enfermería del departamento de pediatría y puericultura del Hospital Universitario."Dr. Angel Larralde"*. Venezuela: Universidad de Carabobo facultad de ciencias de la salud dirección de estudios de puericultura. Obtenido de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/537/naparicio.pdf?sequence=3>
- Aranaz, J. (2005). *Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización.ENEAS*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido de <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Aranaz, J., & Aibar, C. (2006). *Estudio IBEAS; Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*. España: OPS. Obtenido de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
- Arrieta, A., Galed, H., Carrasco, B., Schweizer, G., Tobar, M., Franco, A., . . . Siu, H. (2018). Encuesta HMA de cultura de cultura de seguridad del paciente en Colombia, Chile y Perú. *HAC latim forum*, 5. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/1uwC9Hyxmow1HwcPXSvKLMFv11CRijlka/view>
- Chen, Q., & Jin, R. (2013). Multilevel safety culture and climate survey for assessing new safety program. *Journal of construction engineering and management*, 805-817.
- (2015). *DECLARACIÓN DE HELSINKI*. ASOCIACION MEDICAL MUNDIAL. FRANCIA: aSOCIACION MEDICAL MUNDIAL.

- Espiritu, N., Lavado, G., Pantoja, L., Lam, C., Barrientos, M., & Centeno, R. (2007). *Calidad Asistencial. Notificación de eventos adversos en un hospital Nacional en Lima*. Lima: ELSEIVER.
- Espiritu, N., Lavado, G., Pantoja, L., Lam, C., Barrientos, M., & Centeno, R. (2007). *Calidad Asistencial. Notificación de eventos adversos en un Hospital Nacional en Lima*. España: Elseiver.
- Estrategia manos limpias, atención segura para instituciones prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención . (2011). *Asociación Colombiana de Infectología*. Recuperado el 10 de 04 de 2019, de <http://www.saludcapital.gov.co/sitio>
- felix, M., Asunción , M., & De la Cruz, C. (2016). *Conocimiento e Implementación en Seguridad del paciente quirurgico*. México. Obtenido de [.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164)
- Greenberg, L., Battles, J., & Haskell, H. (2010). *Aprendiendo del paicente para mejorar los sistemas de informes de eventos de Seguridad*. Clr CIR.
- Helmreich, L., & Merritt, C. (1998). *culture at work in aviation and medicine: National. organizational and professional influences*. Aldershot, Ashgate.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodologia de la Investigación* (6ta edición ed.). México : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hospital Santos Reyes de Duero. (2019). *Higiene de manos en los centros Hospitalarios*. España. Obtenido de https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/Extramadura/hm_centrossanitarios_doc_directivos.pdf
- Infecciones Nosocomiales. (2005). *Higiene de manos*. Obtenido de www.higienedemanos.org/node/4
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). *Informe de gestión de calidad* . Trujillo: MINSA.
- Macedo , M., & Blanco, J. (2008). Temas de Bacteriología y virología Medica. En *Infecciones hospitalaria* (pág. 7). Obtenido de <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccioneshospitalarias.pdf>
- Manzana, J. L. (2016). *Declaracion de Helsinki, principios eticos para la investigación*. Argentina: Hospital privado de la comunidad Programa de Bioética de la Universidad Nacional.
- Marinez, L. (2015). Cultura de Seguridad del paciente, en Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Obtenido de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5301/Martinez_chv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Martin - Madraza, C., Salinero . Forta, M., Canada . Dorado, A., Carrillo - De Santa - Pua, E., Soto - Díaz, S., & Abánades - Herranz, J. (2018). Evaluación del Cumplimiento de higiene de manos en un area de atención primaria de Madrid. 12. Obtenido de file:///C:/Users/User/Downloads/S0213005X10002107_S300_es.pdf
- Mendoza, K., & Sandoval, R. (2016). Nivel de conocimientos y práctica de lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte. 10. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upao/2437/1/RE_ENFE_KATERINE.MENDOZA_ROXANA.
- Meyer, J., Standley, D., Herscovitch, L., & Topolnyt. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta - analysis of antecedents,. 20-52.
- Ministerio de Salud. (2005). *Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias R.M N°179-2005-MINSA/OGE.V.01*. Perú. Obtenido de file:///C:/Users/emergencia.IRENCORP/Downloads/TEXTO%20IIH%20PARA%20RESOLUCION%20Feb%202005.pdf
- Ministerio de Salud. (2010). *Calidad y Seguridad en la atención: Nuestro Derecho*. Obtenido de https://www.minsa.gob.pe/portada/especial/2010/calidad_Salud/archivod/otros/Calidadseguridadenlaatención.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=26939>
- Ministerio de Sanidad y politica Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: MInisterio de Sanidad y politica Social.
- Ordoñez, J. (2008). *Paquetes instruccionales buenas prácticas para la atencion en salud*. PERÚ: MINSAs. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
- Organ, D. (1990). *The motivational basis of organizational citizenship behavior. Research in organizational behavior*.
- Organización Mundial de la Salud . (2007). *Nueve Soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención*. Obtenido de www.who.int/patientsafety/information

- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Iniciativa Mundial en pro de la seguridad del paciente*. Obtenido de www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2005/pr50/e
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Carga mundial de discapacidad y daño producida por la atención insegura*. Francia: OMS. Obtenido de http://www.who.int/patientsafety/information_center/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la Salud: Resumen Primer desafío Global de Seguridad del paciente. Una atención limpia es una atención segura*. Ginebra: OMS. Obtenido de http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura*. Suiza: OMS. Obtenido de www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Una atención limpia es una atención más segura*. Obtenido de http://www.who.int/gpsc/country_work/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Una atención limpoia es una atención más segura*. Obtenido de <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
- Paez, R. (2011). *La riqueza del principio de no maleficiencia*. (Vol. 33). medigrafic. Obtenido de www.medigrafic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112q.pdf
- Parker, M., & Hudson, P. (2009). A framework for understanding the development of organizational safety culture. (44), 551 - 562.
- Perez , C., & Vasquez, A. (2013). *Seguridad del paciente al alcance de todos*. México: Alfíl S.A.
- Pinheiro, M. (2017). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente*. Brasil. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5401/Martinez_chv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pizzo, & M. (2011). *Guiándote hacia la excelencia.Como servir con excelencia*. Argentina: Academia Española. Obtenido de <http://comoservirconexcelencia.com/blog/calidad-en-el-servicio-de-salud-la-importancia-de-internalizar-el-valor-de-la-salud/.html.2014>
- Polit, D. (2000). *Investigacion Cientifica en Ciencias De La Salud: Principios y Metodos*. España, España: Editorial: McGraw-Hill Interamerica de Es.
- Pronovost, P., & Sexton, B. (2005). *Assessing Safety culture: Guidelines and recommendations*. BMJ Publishing Group Ltd.

- Quality Safety. (2001). *Medical Journal Publishing*. Obtenido de <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/10/4/274.1.full.pdf>.
- Reason J, H. A. (2003). *Managing Maintenance error. A practical guide*. Hampshire, ashgate.
- Reyes, S., & Valverde, H. (2014). *Seguridad del paciente en los servicios hospitalarios y satisfaccion del usuario externo, Provincia Trujillo 2014*. Perú. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/801>.
- Rivera, J. L. (2018). *Seguridad Total, el nuevo enfoque de la administración moderna*. Obtenido de www.safetyworkla.com/new/seguridad-total-industrial-seguridad-y-salud-laboral-sg-sst-riesgos-prevención-trabajador
- Saldarriaga, L. J., Barreto, J. F., & Cordova, D. S. (2016). *Adherencia al lavado de manos en personal de salud del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria II2 de Tumbes*. Tumbes: Rev. Iberoamericana.
- Salud, D. d. (2009). *Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud*. Lima: MINSA.
- Salud, D. d. (2009). *Política Nacional de Calidad en Salud RMN° 727-2009*. MINSA, Lima. Obtenido de [file:///C:/Users/PROPIETARIO/Downloads/politica_nacional_calidad%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PROPIETARIO/Downloads/politica_nacional_calidad%20(1).pdf)
- Santa Cruz, J., & Rodriguez, J. (2011). *Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente módulo III de seguridad del paciente. Cultura de Seguridad del paciente y eventos adversos*. México: OPS/OMS.
- Sares, V., & Solis, J. (2009). *Cumplimiento del lavado de manos por parte del personal de salud del servicio de emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga*. Ecuador. Recuperado el 16 de 04 de 2019, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19694/3/MED-1577.pdf>
- Skodová, M., Gimeno-Benítez, A., Martínez -Redondo, E., Morán - Cortés, J., & Jimén, R. (2014). *Evaluación de la calidad de la técnica de higiene de manos en alumna de enfermería y medicina en dos cursos académicos*. Brasil: Rev.Latino-Am.Enfermeragem. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00708.pdf
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). *Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture*. BMC Health Services Res 2010;10:1999.
- Universidad Politécnica de Madrid. (2010). *La cultura de la prevención*. Obtenido de <http://www.istas.coo.es/descargas/La%20cultura%20de%20la%20prevenci%C#%B#n.pdf>
- Vasquez, C., Astolfo, F., & Díaz, M. (2014). *Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica"buenas prácticas para la seguridad del*

paciente en la atención en salud". Colombia: MINSALUD. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practica-seguridad-paciente.pdf>

Vergara, F. (2017). *Cultura de Seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del hospital Nacional Dos de Mayo*. Perú. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/7050>

Vicent, C. (2014). *Clinical risk management* (2da ed.). London: Enhancing patient safety.

Vilchez, E. J. (Diciembre de 2014). la conducta segura del trabajador comoprincipal herramienta para los accidentes laborales. *tecnica industrial*(308), 6. Recuperado el 20 de julio de 2019, de <http://www.tecnicaindustrial.es/TIFrontal/a-5441-la-conducta-segura-trabajador-principal-herramienta-eliminacion-accidentes-laborales.aspx>

Villarreal - Perez, J., Gómez- Almaguer, D., Bosques -Padilla, J., & Villarreal - Perez, J. (2011). *Errar es humano en medicina Universitaria* (Vol. Vol 13.). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

WHO. (2011). *Quien. Informe sobre la carga de las infecciones endémicas asociadas a la asistencia sanitaria en todo el mundo*. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

Williamsom, A., Webb, K., Sellen, A., Runciman, B., & VanDer, W. (2000). *Estudio Australiano de seguimiento de incidentes. El fracaso Humano: Análisis de 2000 informes de incidentes*. Anaesth Intensive care. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8273898>

World Health Organization. (2009). *The conceptual Framework for the International Classification for patient safety*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo N° 1

Universidad Cesar Vallejo

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Zavala Alvites, Alejandrina; Guzmán Avalos, Eliana (2019)

Presentación: La encuesta está orientada a recoger su percepción de los profesionales de la salud (médicos, Enfermeras) acerca de temas de seguridad del paciente sobre higiene de manos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones: Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente. El tiempo aproximado del llenado del cuestionario es de 05 minutos.

Se le recuerda que se tendrá en cuenta los principios de anonimato y confidencialidad

I.- Información:

Profesión.....

Genero.....

Edad:

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

- ❖ Hospitalización ()
- ❖ Unidad de cuidados intensivos ()
- ❖ Centro quirúrgico ()
- ❖ Consultorios externos ()
- ❖ Quimioterapia ()
- ❖ Emergencia ()
- ❖ Procedimientos Diagnósticos ()
- ❖ Sala de transfusiones ()
- ❖ Unidad de terapia del dolor ()
- ❖ Tópico ()
- ❖ Servicio de Radiodiagnóstico ()

II.- Instrucción: Marque con una (X) según la respuesta que usted crea conveniente, por cada ítem.

Nunca (1) Casi nunca(2) A veces(3) Casi siempre(4) Siempre(5)

Dimensión: Compromiso de la Gestión	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. La institución se preocupa por la seguridad del paciente.					
2. La institución siempre provee de insumos para la higiene de manos.					
3. La institución cuenta con mensajes que nos recuerdan la importancia de la higiene de manos.					
4. En los servicios existen lavatorios y dispensadores que facilitan la higiene de manos.					
5. Los servicios cuenta con soluciones con base de alcohol para higiene de las manos.					
Dimensión: Procedimientos, políticas, reglas.					
6. La institución difunde la guía sobre higiene de manos.					
7. Conozco los momentos de la higiene de manos establecidos en la guía					
8. Tengo clara las normas de lavado de las manos.					
9. Conozco la técnica de higiene de manos que esta mencionada en la guía.					
10. Conozco la importancia de higiene de manos establecido en norma.					
11. Conozco los insumos adecuados para la higiene de manos según norma					
Dimensión: Percepción de riesgo					
12. Siento que la higiene de mano es esencial para la seguridad del paciente.					
13. Siento que el área donde trabajo es muy contaminada.					
14. Siento que mi salud, puede estar en peligro sino realizo la higiene de manos.					
15. A veces siento que no es necesario lavarme las manos, pues todos los pacientes no están expuestos a infecciones					
16. A veces siento no tener tiempo para lavarme las manos, lo más importante es atender a los pacientes.					
17. No interrumpo mi atención para la higiene de mis manos.					
18. La eficacia del lavado de manos en la					

prevención de infecciones, es bajo.					
19. Entre los aspectos relacionadas con la seguridad de los pacientes, la higiene de manos tiene una prioridad baja.					
20. Para los pacientes no es importante si me lavo las manos					
Dimensión: Entrenamiento en seguridad					
21. Siempre nos capacitan en atención segura al paciente e higiene de manos.					
22. En los ambientes de la institución existen mensajes que recuerdan una atención segura e higiene de manos.					
23. Nuestros jefes y supervisores, nos refuerzan la atención segura y la importancia de la higiene de manos.					
24. Los Jefes y supervisores, se preocupan por que se realicen la higiene de manos correctamente.					
25. El hospital tiene programado la demostración de higiene de manos por servicio.					
26. Capacitan sobre riesgos en los procedimientos.					
27. El hospital capacita en técnicas de higiene de manos.					
Dimensión: Actitud hacia la seguridad					
28. Durante mi turno en el hospital me retiro reloj, anillos, para evitar contaminarme y contaminar a los pacientes.					
29. Es normal ver a mis colegas que no realicen la higiene de manos al atender al paciente					
30. Aunque este atareado, dedico tiempo para realizar higiene de mis manos según momentos.					
31. Cuando uso guantes limpios, no es indispensable lavarme las manos.					
32. Nadie toma importancia en la higiene de manos.					
33. No es importante si me realizo higiene de manos.					
34. Tengo muchos pacientes, no me da tiempo para realizar higiene de manos en mi turno.					
35. Mantengo uñas cortas para evitar transmitir microbios a mis pacientes.					

Anexo N°2

Universidad César Vallejo

LISTA DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE HIGIENE DE MANOS EN EL INSTITUTO

REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. Adaptación de IPRESS(Gerencia Regional de Salud, del Gobierno Regional la Libertad versión 01- 2018). Zavala, Guzmán (2019)

Objetivo: Evaluar la aplicabilidad de la técnica correcta del Lavado de manos.

ASPECTOS GENERALES		Si	No	Observaciones
01	Servicio cuenta con los insumos necesarios para realizar la higiene de manos			
02	Momentos para higiene de manos	Antes de tocar al paciente		
		Después de tocar al paciente		
		Después de estar en contacto con el entorno del paciente		
		Después de riesgo a exposición		
		Ante una tarea Aséptica		
03	Tiempo usado para la higiene de manos	Uso de tiempo establecido (Lavado de manos: 40-60 seg. Y Fricción: 20-30 seg.)		
OBSERVACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS		Lavado	Fricción	
01	Moja las manos con agua; aplica jabón antiséptico en cantidad suficiente para cubrir toda la superficie de las manos			
	Deposita en la palma de la mano dosis suficiente de desinfectante en base alcohol para cubrir toda la superficie.			
02	Frota las palmas de las manos entre sí.			
03	Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.			
04	Frotado las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados			
05	Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.			
06	Frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la mano derecha y viceversa			
07	Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo movimiento de rotación y viceversa.			
08	Se enjuaga las manos de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no las sacude.			
09	Realiza el secado de las manos con toques cuidadosamente con papel toalla de la parte proximal a la distal.			
10	Utiliza un papel toalla para cerrar el grifo y la descarta			

Anexo N°3

Universidad César Vallejo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio denominado, “Relación entre Cultura De Seguridad Del Paciente Y Cumplimiento De Técnica De Higiene De Manos. Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas”; Lic. Alejandrina Zavala Alvites, alumna de la Maestría “Gestión de los Servicios de salud” de la Universidad Cesar Vallejo. El presente estudio busca determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en el Instituto Regional de enfermedades neoplásicas, el instrumento usado tiene un tiempo de duración de 5 minutos. La información obtenida será registrada bajo códigos para permitir obtener resultados. Los resultados de este estudio serán publicados sin mostrar ninguna información que permita la identificación de los profesionales que participan en el presente estudio manteniendo así la confidencialidad y privacidad del participante, realizándolo de forma voluntaria sin coacción ni influencia indebida y libertad de no participar en el presente estudio.

Si desea participar en el presente estudio solicito a usted su firma y número de DNI, con lo que se confirmara su participación.

DNI:

Anexo N°4

Ficha Técnica

Nombre	CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Autor	Zavala Alvites, Alejandrina
Asesor	Guzmán Avalos, Eliana.
Año	2019
Aplicación	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-Norte)
Base Teórica	Teoría de Causalidad de J. Reason, quien establecio los factores que se presentan antes de que ocurra un evento adverso; y en el estudio de Chan y Jim (2013); quienes identificaron las principales dimensiones usadas para medir cultura de seguridad del paciente.
Versión	N° 01
Sujetos de Aplicación	Profesionales de salud (médicos y enfermeras).
Tipo de Administración	Individual
Duración	10 minutos
Normas de Puntuación	Las 5 dimensiones se encuentra valorada por criterios de: Nunca (1) Casi nunca(2) A veces(3) Casi siempre(4) Siempre(5); la dimensión de gestión, fue evaluada mediante las preguntas (1,2,3,4,5); la dimensión de Procedimientos, políticas, reglas de seguridad fueron evaluadas con las preguntas (6,7,8,9,10,11) con los rangos de Bajo: 6 - 13, Medio:14– 22, Alto: 23 – 30; para la dimensión de entrenamiento en Seguridad fue evaluada a través de las preguntas (20,21,22,23,24,25), con un rango establecido Bajo: 6 -13, Medio: 14,- 22, Alto: 23-30; y para la dimensión de Percepción del Riesgo, fue evaluado por las preguntas (12,13,14,15,16,17,18,19), cuyos rangos establecidos fueron Bajo: 9-20, Medio: 21-33, Alto: 34 -45 y finalmente para la dimensión de Actitud hacia la seguridad se evaluó a través de las preguntas (26,27,28,29,30,31,32,33), cuyos rangos establecidos fueron Bajo:8 – 18, Medio: 19- 29, Alto: 30 -40.; en general el instrumento se evalúa en Nivel Alto; Nivel medio; y nivel bajo.
Validez	Se realizó la validación con 3 expertos en el tema, quienes evaluaron los ítems en función a las dimensiones establecidas para el estudio.
Confiabilidad	La confiabilidad se realizando una prueba piloto a 19 profesionales obteniendo un alfa de combrach 0,955, demostrándose que el instrumento es confiable.
Categorización	Niveles de cultura de seguridad: Nivel Bajo 34 – 78; Nivel Medio 79 – 125; Nivel Alto 126 – 170.

Anexo N°5

Ficha Técnica

Nombre	LISTA DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE HIGIENE DE MANOS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS.
Autor	IPRESS, de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional la Libertad versión 01- 2018
Adaptado por	Bchr. Zavala Alvites A.
Asesora	Dra. Guzmán Avalos E.
Año	2018 -2019
Aplicación	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-Norte)
Base Teórica	En la guía técnica de higiene de manos por Organización Mundial de la Salud (2009)
Versión	N° 01
Sujetos de Aplicación	Profesionales de salud (médicos y enfermeras).
Tipo de Administración	Observacional.
Duración	30 minutos
Normas de Puntuación	Cumple (2puntos) y no cumple (1 punto)
Validez	Fue creada por expertos del área de epidemiología de la Gerencia Regional de Salud en base a la base teórica de la OMS(2009)
Confiabilidad	La confiabilidad se realizando una prueba piloto a 19 profesionales obteniendo un alfa de combrach de 0, 984 demostrándose que el instrumento es confiable.
Categorización	No cumple: 10 - 15 Cumple 16 – 20.

Variable	Dimensiones	Nº	Items	Opinión de respuesta	Suficiente			Cantidad			Cobertura			Referencia		
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrenamiento en seguridad		21	Siempre nos cuestionan en nuestro trabajo													
		22	Nuestros padres y abuelos no refuerzan la manera segura y la importancia de la higiene de manos													
		23	Los padres y abuelos de los niños no refuerzan la importancia de la higiene de manos correctamente													
		24	El hospital tiene protocolos de higiene de manos por escrito													
		25	Nos enseñan a hacer bispos en los procedimientos													
		26	El hospital realiza cartillas de educación a través de la higiene de manos													
		27	Durante mi turno en la institución me enseñan a hacer bispos, amillos, para evitar contaminación y someter a los pacientes													
Actitud hacia la seguridad		28	Es normal ver a mis colegas que no realizan la higiene de manos al atender al paciente													
		29	Aunque este atareado, dedico tiempo para realizar higiene de mis manos según los momentos													
		30	Cuando uso guantes limpios, no es indispensable lavarme las manos													
		31	Nadie toma importancia en la higiene de manos													
		32	No es importante si me enséñan la higiene de manos													
		33	Durante mi turno tengo muchos pacientes, no tengo tiempo para realizar la higiene de manos													
		34	Mantengo mis cosas para evitar transmitir microbios a mis pacientes													

OPINION DE APLICABILIDAD: Procede su aplicación No procede su aplicación

Tratamiento en desatención (1)	En desatención (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Respuestas de la Escala de Likert												Tratamiento de acuerdo (5)
				Suficiente			Cantidad			Cobertura			Referencia			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

Fecha 05/05/19
Lugar y fecha 4205294
DNI N°
Firma del experto
Teléfono

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto VARGAS DE LA CRUZ, VERONICA DEL PILAR	Nombre del instrumento Cultura de seguridad del paciente en higiene de manos
Autoría del instrumento Alejandra Zavala Alvares	

ASPECTOS DE VALIDACION: Coloque un ASPA (X) de acuerdo a la siguiente calificación: 1 (No cumple con el criterio), 2 (Bajo Nivel), 3 (Moderado nivel), 4 (Alto nivel) criterios de validez propuesto por W. de Kendall (Escobar & Cerro, 2008).

Variable	Dimensiones	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia				Claridad				Coherencia				Relevancia			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Compromiso de gestión		1	La institución se preocupa por la seguridad del paciente																
		2	La institución siempre provee de insumos para la higiene de manos																
		3	La institución cuenta con informaciones que nos recuerdan la importancia de higiene de manos.																
		4	En los servicios hay lavatorios y dispensadores de jabón y papel que facilitan la higiene de manos.																
		5	Los servicios de atención cuentan con soluciones de base alcohol para higiene de manos.																
		6	La institución difunde la guía sobre higiene de manos.																
		7	Conozco los riesgos de la higiene de manos establecidos en la guía.																
		8	Trabajo sobre la guía de higiene de manos.																
		9	Conozco la técnica de higiene de manos enseñada en la guía.																
		10	Conozco la importancia de la higiene de manos establecidos en norma.																
		11	Conozco los insumos adecuados para la higiene de manos según norma.																
Procedimientos Políticos/Reglas		12	Siento que la higiene de manos es esencial para la seguridad del paciente.																
		13	Siento que el área donde trabajo, es muy contaminada.																
		14	Siento que mi salud, puede estar en peligro sino realizo la higiene de manos.																
		15	A veces siento que no es necesario, lavar las manos, pues no todos los pacientes están expuestos a riesgos.																
		16	A veces siento no tener tiempo para lavarme las manos, lo más importante es atender a los pacientes.																
		17	No interrumpo las atenciones a los pacientes por realizar la higiene de manos.																
		18	Lavarse las manos, para prevenir infecciones, es de prioridad baja.																
		19	Entre los aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes, la higiene de manos tiene una prioridad baja.																
		20	Para los pacientes, no es importante si me lavo las manos.																
Cultura de Seguridad del paciente																			

Variable	Dimensiones	N°	Items	Operador de Respuestas	Satisfacción				Cantidad				Calificación				Relatividad			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrenamiento en seguridad		21	Siempre por seguridad en atención segura					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		22	Nunca se ve a mejorarse en la atención segura y la importancia de la higiene de manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		23	Los cursos y capacitaciones se precisan para mejorar la higiene de manos correctamente.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		24	El trabajo en el hospital se precisan programas de higiene de manos por escrito.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		25	No se capacitan a los pacientes sobre la importancia de la higiene de manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		26	El hospital realiza campañas de promoción de infecciones a través de la higiene de manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		27	Demuestra un interés en el hospital en el tema de infecciones, para evitar contaminación y suministrar a los pacientes.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		28	En normal ver a más colegas que no realizan la higiene de manos al atender al paciente.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		29	Aunque este adecuado, debido tiempo para realizar higiene de mis manos según los momentos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		30	Cuando uso guantes limpios, no es indispensable lavarme las manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actitud local a seguridad		31	Nunca toma importancia en la higiene de manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		32	No es importante a mi trabajo la higiene de manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		33	Durante mi turno séigo muchos pacientes, no tengo tiempo para realizar la higiene de manos.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		34	Mantengo una calma para evitar transmitir microbios a mis pacientes.					4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

OPINION DE APLICABILIDAD:

Puede ser su aplicación

Puede ser su aplicación previo levantamiento de las observaciones que se adjuntan

No procede su aplicación

Tratamiento en desasuerdo (1)	En desasuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Respuestas de la Escala de Likert															
				Satisfacción				Cantidad				Calificación				Relatividad			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Fecha: 29/4/19

Lugar y fecha: 18069283 DNI N°

Nombre: [Firma]

Celular: 98321420689013

Teléfono: [Firma]

Uspallata, 29 de Abril de 2019

Insituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

Rca. CEP 7553

Variable	Dimensiones	N°	Items	Operación de Respuesta	Suficiencia	Cantidad	Calificación	Reflexión				
Entrenamiento en seguridad	21. Siempre nos capacitamos en atención segura 22. Siempre usamos ASES y siempre tomamos la atención segura y la importancia de la higiene de manos. 23. Los roles y responsabilidades se precisan porque se realiza la higiene de manos correctamente. 24. El programa tiene procedimientos de atención de higiene de manos por escrito. 25. Nos enseñan a practicar siempre en los procesos de atención. 26. El programa realiza capacitación de formación de atención a través de la higiene de manos. 27. Durante el turno en el hospital me enseñan a practicar la higiene de manos.	21	Siempre nos capacitamos en atención segura	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		22	Siempre usamos ASES y siempre tomamos la atención segura y la importancia de la higiene de manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		23	Los roles y responsabilidades se precisan porque se realiza la higiene de manos correctamente.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		24	El programa tiene procedimientos de atención de higiene de manos por escrito.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		25	Nos enseñan a practicar siempre en los procesos de atención.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		26	El programa realiza capacitación de formación de atención a través de la higiene de manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		27	Durante el turno en el hospital me enseñan a practicar la higiene de manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
Actitud hacia la seguridad	28. Es normal ver a mis colegas que no realizan la higiene de manos al atender al paciente. 29. Aunque está adrejado, dedico tiempo para realizar higiene de mis manos según los momentos. 30. Cuando uso guantes limpios, no es indispensable lavarme las manos. 31. Nunca toma importancia en la higiene de manos. 32. No es importante si me realizo la higiene de manos. 33. Durante mi turno tengo muchos pacientes, no tengo tiempo para realizar la higiene de manos. 34. Mantengo mis cosas para evitar transmitir microbios a mis pacientes.	28	Es normal ver a mis colegas que no realizan la higiene de manos al atender al paciente.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		29	Aunque está adrejado, dedico tiempo para realizar higiene de mis manos según los momentos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		30	Cuando uso guantes limpios, no es indispensable lavarme las manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		31	Nunca toma importancia en la higiene de manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		32	No es importante si me realizo la higiene de manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		33	Durante mi turno tengo muchos pacientes, no tengo tiempo para realizar la higiene de manos.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4
		34	Mantengo mis cosas para evitar transmitir microbios a mis pacientes.	Escala de Likert	1	2	3	4	1	2	3	4

OPINION DE APLICABILIDAD:

Procede su aplicación

No procede su aplicación

Totales	En desarrollo (1)	En desarrollo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Respuestas de la Escala de Likert	Totales de acuerdo (5)

Fecha: 04/05/19

Lugar y fecha: 4153924 DNI, N°

Nombre del experto: [Firma]

Teléfono: 944222690

Anexo N° 7

PRUEBA PILOTO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO QUE EVALÚA LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

N°	COMPROMISO DE GESTIÓN					PROCEDIMIENTOS						PERCEPCIÓN DE RIESGOS								ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD						ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1	3	4	3	1	4	2	1	2	1	2	1	3	3	4	2	4	2	4	2	4	2	1	2	3	4	2	3	2	4	4	2	3	2	2
2	1	4	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	4	2	1	2	4	1	2	2	1	4	4	1	4	1	2	2	1	1	2	3	4	2
3	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	3	4	3	5	4	3	5	4	5	5	5	3	5	5	4	3	4	3	4
4	4	3	4	4	3	1	1	4	1	2	2	1	2	4	1	4	2	4	2	3	1	2	4	1	4	1	3	4	4	2	2	4	4	1
5	3	4	4	2	2	2	4	3	4	3	4	4	3	4	4	2	2	2	2	4	3	3	2	4	4	2	3	4	2	3	3	2	2	4
6	2	1	3	3	2	1	1	2	2	3	1	2	4	4	1	2	4	1	3	4	2	4	2	3	4	3	4	3	4	2	3	1	4	3
7	2	2	2	4	2	3	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	3	3	1	3	4	4	4	3	4	2	3	2
8	4	4	5	5	4	5	5	3	4	4	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	4	5	4	3	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5
9	4	3	2	2	4	3	2	2	2	2	3	2	4	1	2	3	2	4	4	1	4	2	2	3	2	2	4	2	3	4	2	2	4	3
10	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	3	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	2	2	2	3	4
11	4	4	5	4	5	4	4	3	3	5	5	5	4	5	3	5	5	5	3	4	4	4	5	4	3	4	5	5	4	4	5	5	5	5
12	2	2	3	2	3	4	1	2	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	3	2	2	4	2	2	4	2	1	3
13	2	2	2	2	4	2	4	4	3	2	2	4	2	2	2	4	3	4	2	4	2	4	2	2	2	4	3	4	4	3	2	4	4	4
14	4	3	5	3	3	3	4	4	5	4	5	4	5	5	3	3	4	4	4	5	3	4	5	5	4	5	5	3	4	5	5	4	3	5
15	3	2	1	2	4	3	2	1	3	3	3	2	1	1	2	4	2	3	1	2	2	2	4	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	3
16	2	4	4	3	4	2	4	3	4	3	2	4	2	3	2	2	2	4	2	2	2	3	4	2	4	4	3	2	2	4	2	3	2	4
17	3	4	2	4	4	3	3	4	4	2	2	4	4	2	3	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4
18	3	3	3	3	1	1	2	2	3	2	1	3	2	3	4	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	3	2	4	2	4	3	1	2
19	4	2	4	4	3	4	3	4	3	2	2	3	4	3	4	2	4	4	2	4	4	2	2	4	4	2	4	2	3	4	4	3	4	2

Fuente: Muestra Piloto.

1. Prueba de Confiabilidad del Instrumento: “Cultura de Seguridad sobre Higiene de manos”, con “ α ” Alfa de Cronbach.

DIMENSIÓN: COMPROMISO DE GESTIÓN

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,700	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem1	12,6842	9,450	,565	,612
Ítem2	12,6842	9,673	,436	,659
Ítem3	12,5263	9,041	,467	,647
Ítem4	12,6316	9,246	,457	,651
Ítem5	12,4211	9,924	,374	,685

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

DIMENSIÓN: PROCEDIMIENTO

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,871	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem6	14,3158	23,561	,637	,855
Ítem7	14,3158	20,673	,819	,820
Ítem8	14,1579	26,918	,478	,878
Ítem9	14,0526	23,164	,784	,830
Ítem10	14,3684	26,468	,587	,863
Ítem11	14,3158	22,117	,742	,836

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

DIMENSIÓN: PERCEPCIÓN DE RIESGOS

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,851	9

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem12	24,0526	40,275	,716	,820
Ítem13	24,1053	41,211	,624	,830
Ítem14	24,0526	40,164	,633	,829
Ítem15	24,7368	43,205	,519	,841
Ítem16	24,4211	48,368	,232	,864
Ítem17	24,3158	40,895	,665	,826
Ítem18	24,1579	45,029	,394	,853
Ítem19	24,5789	40,702	,652	,827
Ítem20	24,1053	40,877	,680	,824

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

DIMENSIÓN: ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,745	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem21	15,1053	17,877	,438	,720
Ítem22	14,6842	15,228	,620	,667
Ítem23	14,8421	17,585	,316	,757
Ítem24	14,7368	15,760	,571	,683
Ítem25	14,3684	18,246	,331	,746
Ítem26	14,9474	14,497	,641	,658

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

DIMENSIÓN: ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,796	8

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem27	21,9474	26,942	,566	,768
Ítem28	22,1053	25,988	,466	,780
Ítem29	22,0000	25,000	,576	,762
Ítem30	22,2105	25,509	,566	,764
Ítem31	22,2632	25,649	,501	,775
Ítem32	22,3158	26,006	,548	,768
Ítem33	22,3158	27,450	,349	,798
Ítem34	22,0526	25,497	,504	,774

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

TOTAL: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,955	34

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem1	100,1579	605,696	,602	,953
Ítem2	100,1579	610,696	,441	,954
Ítem3	100,0000	596,000	,658	,953
Ítem4	100,1053	599,988	,605	,953
Ítem5	99,8947	604,988	,535	,954
Ítem6	100,4211	592,702	,639	,953
Ítem7	100,4211	578,813	,789	,952
Ítem8	100,2632	601,094	,627	,953
Ítem9	100,1579	597,918	,627	,953
Ítem10	100,4737	601,930	,668	,953
Ítem11	100,4211	587,813	,695	,953
Ítem12	99,9474	587,608	,801	,952
Ítem13	100,0000	595,000	,649	,953
Ítem14	99,9474	589,497	,685	,953
Ítem15	100,6316	599,801	,597	,953
Ítem16	100,3158	621,006	,271	,955
Ítem17	100,2105	593,064	,699	,953
Ítem18	100,0526	604,942	,507	,954
Ítem19	100,4737	589,596	,735	,952
Ítem20	100,0000	596,889	,642	,953
Ítem21	100,5789	602,368	,645	,953
Ítem22	100,1579	596,029	,634	,953
Ítem23	100,3158	603,561	,477	,954
Ítem24	100,2105	593,731	,687	,953
Ítem25	99,8421	611,474	,411	,955
Ítem26	100,4211	586,035	,748	,952
Ítem27	99,8421	612,585	,497	,954
Ítem28	100,0000	602,667	,540	,954
Ítem29	99,8947	605,766	,497	,954
Ítem30	100,1053	598,433	,664	,953
Ítem31	100,1579	605,140	,498	,954
Ítem32	100,2105	601,620	,632	,953
Ítem33	100,2105	614,064	,349	,955
Ítem34	99,9474	590,830	,743	,952

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

Anexo N° 8

PRUEBA PILOTO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO QUE EVALÚA LA PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS.

N°	PRACTICA DE LAVADO DE MANOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
5	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1
6	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2
7	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
12	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
14	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2
15	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
17	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
18	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2

Fuente: Muestra Piloto.

2. Prueba de Confiabilidad del Instrumento que evalúa la práctica del lavado de manos “ α ” Alfa de Cronbach.

TOTAL: PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,894	10

Estadísticas de total de elemento

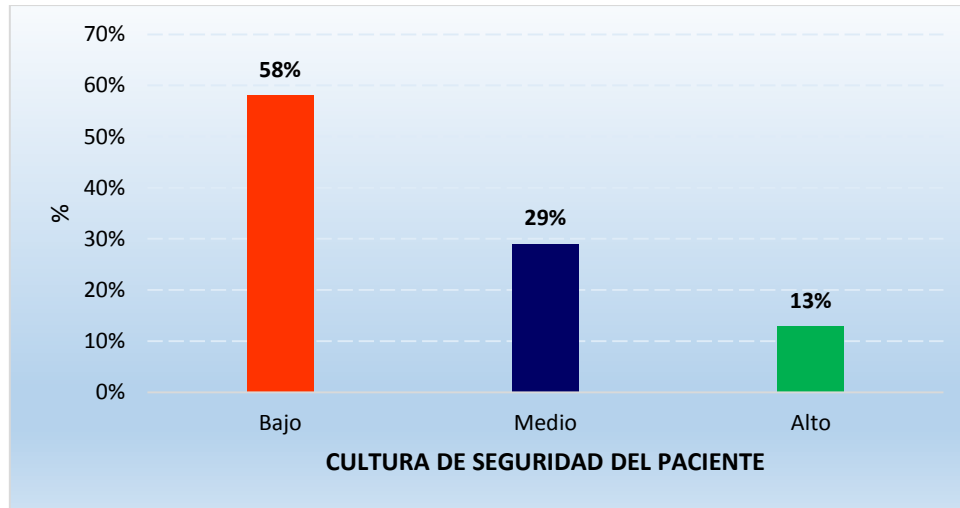
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem1	12,5789	9,480	,964	,861
Ítem2	12,4211	10,257	,616	,885
Ítem3	12,5789	10,257	,673	,881
Ítem4	12,3684	11,246	,301	,906
Ítem5	12,4737	10,596	,512	,892
Ítem6	12,5263	10,263	,641	,883
Ítem7	12,6316	10,801	,517	,891
Ítem8	12,4737	9,819	,776	,874
Ítem9	12,4737	9,819	,776	,874
Ítem10	12,5263	10,263	,641	,883

Fuente: Resultados obtenidos del SPSS Vrs. 25.0.

Anexo N°9: Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN				
Cultura de seguridad del Paciente	"Conjunto de valores y normas comunes a los individuos sobre reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria" (AHRQ, 2010)	se medirá mediante encuesta de "cultura de seguridad del paciente en higiene de manos", está conformado por 5 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compromiso de gestión. ➤ Procedimientos/ Política/ Reglas de seguridad. ➤ Entrenamiento en Seguridad. ➤ Percepción del Riesgo. ➤ Actitud hacia la seguridad. 	Compromiso de gestión.	Liderazgo en seguridad Implementos para la seguridad	Escala ordinal Nivel Bajo: 34-78. Nivel Medio: 79-125 Nivel Alto: 126-170				
			Procedimientos, política y reglas de seguridad.	Conocimiento sobre seguridad Difusión información segura Importancia de higiene de manos.					
			Entrenamiento en Seguridad	Capacitaciones en medidas seguras Ambientes y mensajes seguros Supervisión sobre aspectos de seguridad					
			Percepción del Riesgo	Seguridad en el trabajo Tiempo adecuado para la atención Importancia de la salud					
				Actitud hacia la seguridad.		Importancia de la seguridad Conocimientos sobre Actividades hacia la seguridad			
			Cumplimiento de técnica de higiene de manos.	Es la realización medida higiénica que conduce a la disminución de la flora microbiana transitoria, consistente en friccionar ambas manos con antiséptico de base alcohol o en lavarse las manos con jabón antimicrobiano, por un tiempo de 40- 60 segundos. (Organización Mundial de la Salud, 2009)		Se medirá a través de una lista de chequeo que evalúa el proceso de higiene de manos, el instrumento consta de 4 aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Información general. ➤ Técnica de higiene de manos clínico. 	Información General	Momentos de la higiene de manos Área implementadas	
							Proceso de higiene de manos	Pasos secuenciales	

Figura 1. Nivel de cultura de seguridad al paciente del profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio. 2019.



Fuente: Tabla 1.

Tabla 2

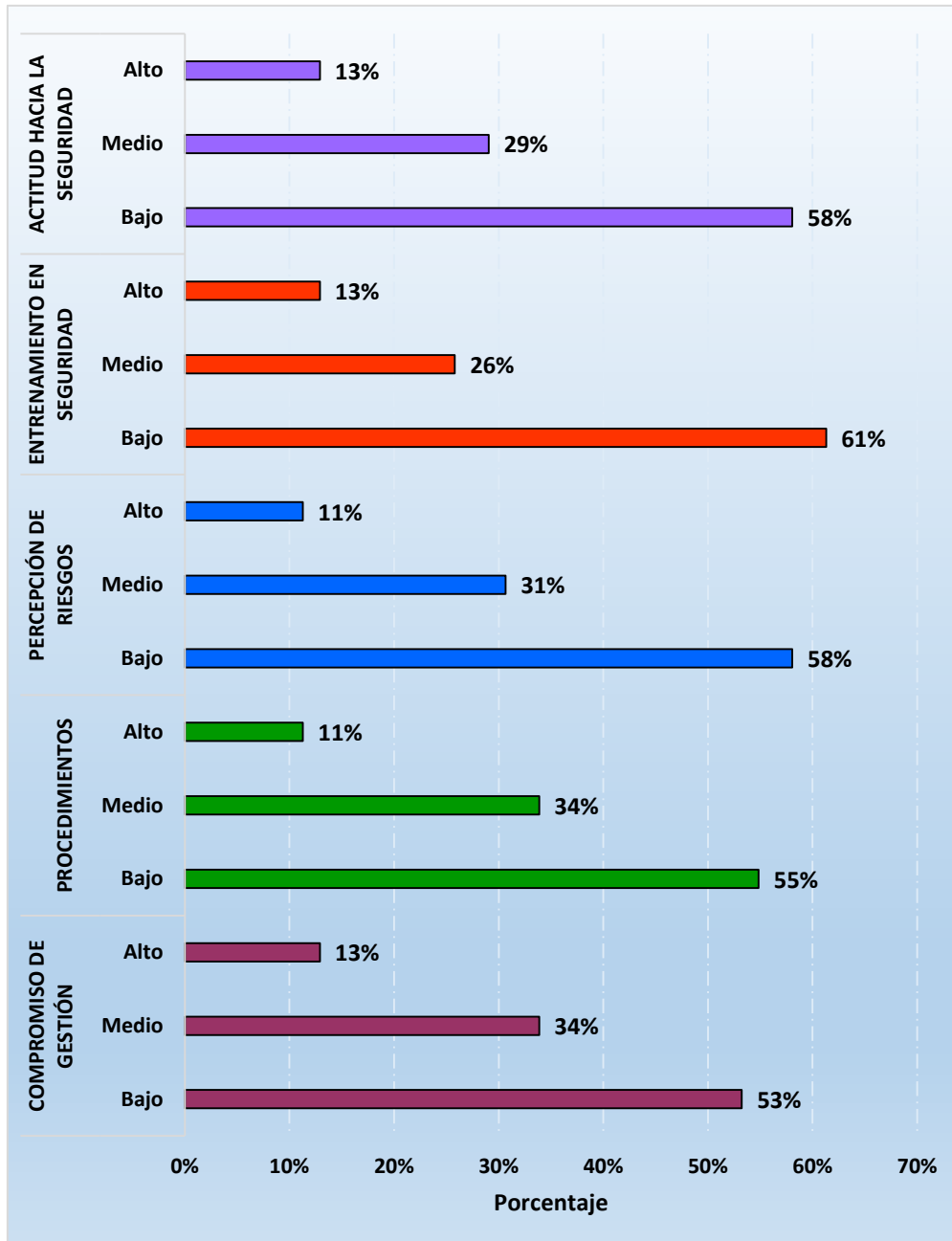
Nivel de cultura de seguridad del paciente por dimensiones en profesionales de salud del IREN Norte.

DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD AL PACIENTE	Escala	N°	%
COMPROMISO DE GESTIÓN			
Bajo	5 – 11	33	53%
Medio	12 – 18	21	34%
Alto	19 – 25	8	13%
PROCEDIMIENTOS/POLITICAS Y NORMAS			
Bajo	6 – 13	34	55%
Medio	14 – 22	21	34%
Alto	23 – 30	7	11%
PERCEPCIÓN DE RIESGOS			
Bajo	9 – 20	36	58%
Medio	21 – 33	19	31%
Alto	34 – 45	7	11%
ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD			
Bajo	6 – 13	38	61%
Medio	14 – 22	16	26%
Alto	23 – 30	8	13%
ACTITUD HACIA LA SEGURIDAD			
Bajo	8 – 18	36	58%
Medio	19 – 29	18	29%
Alto	30 – 40	8	13%
TOTAL		62	62%

Interpretación:

En la Tabla 2 se observa que las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el profesional de salud del IREN Norte son en promedio de nivel bajo y medio (88%).

Niveles de la cultura de seguridad del paciente en el profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio. 2019.



Fuente: Tabla 2.

Figura 3. Nivel de cumplimiento de higiene de manos del profesional de salud del IREN Norte, Mayo – Junio. 2019.

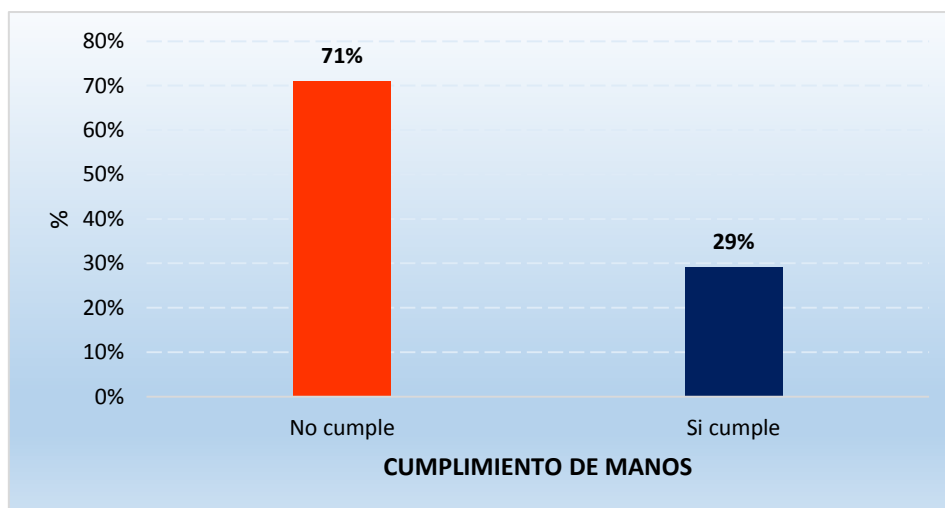


Tabla 10

Personal de salud por profesión. IREN- Norte. Mayo- Junio. 2019

Personal de salud	N°	%
Enfermera	32	51.6%
Médico	30	48.4%
Total	62	100%

Tabla 11

Servicio cuenta con los insumos necesarios para el cumplimiento de la técnica la higiene de manos. Mayo –Junio. 2019

Servicio cuenta con los insumos necesarios para realizar la higiene de manos	N°	%
Si	62	100%
No	0	0%
Total	62	100%

Tabla 12

Momentos que se cumple la técnica de higiene de manos. Mayo –Junio. 2019

Momentos para la higiene de manos	N°	%
Antes de tocar el paciente	3	4.8%
Ante tarea aséptica	1	1.6%
Después de estar en contacto con el entorno del paciente	0	0.0%
Después de tocar al paciente	58	93.5%
Después de riesgo a exposición	0	0.0%
Total	62	100%

Tabla 13

Tiempo utilizado durante la higiene de manos. Mayo –Junio. 2019

Tiempo Utilizado	N°	%
Si	13	21.0%
No	49	79.0%
Total	62	100%