



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Aplicación de Prácticas Seguras y Cultura de Seguridad del  
Paciente del personal de Salud en un Hospital Nacional. Lima.  
2021**

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

**AUTORA:**

Justo Ñaupa, Aydee (ORCID: 0000-0002-3911-9821)

**ASESOR:**

Mgtr. Orihuela Salazar, Jimmy Carlos (ORCID: 0000-0001-5439-7785)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de riesgo en Salud

LIMA - PERÚ

2021

## **Dedicatoria**

A mis padres Jonás y Justina, que me inculcaron que los sueños se pueden hacer realidad y que luchar por lo que uno quiere y ponerse metas no es imposible si tenemos la paciencia y el coraje de luchar para alcanzarlos, gracias por poner su fe en mí. Gracias a mis hermanos Liz, Lucía y Frank, por su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su amor a prueba de tesis, a mis sobrinos Leo y Camila por comprender mis ausencias, a mi amado compañero de vida Willy por estar ahí alentándome a no desmayar, por su amor bonito lleno de comprensión y paciencia.

## **Agradecimiento**

A mis amigos y compañeros de la maestría por sus palabras de solidaridad, trabajo en equipo, su cariño, su empuje, porque como dije, nos volvimos familia y me hicieron sentir acompañada todo el trayecto de aprendizaje y a mi asesor de tesis que no perdió la fe en mi hasta el último momento. Gracias infinitas de corazón. Y a mis amigas del alma las bellas Mónica, Cinthia, Jessica, Selene y Araceli, que han estado ahí con su empuje y garra impulsándome a conseguir mis éxitos, las amo.

## Índice de Contenidos

	<b>Pág.</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo y diseño de investigación	20
3.2 Variables y operacionalización	21
3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	21
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	22
3.5 Procedimientos	24
3.6 Método de análisis de datos	24
3.7 Aspectos éticos	25
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	59
VI. CONCLUSIONES	66
VII. RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS	70
ANEXOS	77

## Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1: Juicio de expertos sobre la validez del contenido del cuestionario "Aplicación de prácticas seguras"	23
Tabla 2: Juicio de expertos sobre la validez del contenido del cuestionario "Cultura de seguridad del paciente"	23
Tabla 3: Fiabilidad de la variable: Aplicación de prácticas seguras.	24
Tabla 4: Fiabilidad de la variable Cultura de Seguridad del Paciente.	24
Tabla 5: Frecuencia de la Aplicación de Practicas Seguras.	26
Tabla 6 Frecuencia de la Identificación Correcta del Paciente.	27
Tabla 7 Frecuencia de la Comunicación Efectiva.	28
Tabla 8 Frecuencia de la Seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	29
Tabla 9 Frecuencia de la seguridad de la Cirugía.	30
Tabla 10 Frecuencia de riesgo de infección asociado a la atención Sanitaria.	31
Tabla 11 Frecuencia de Riesgos de Daño por Caídas.	32
Tabla 12 Frecuencia de la variable: Cultura de seguridad del paciente.	33
Tabla 13 Frecuencia de la Dimensión del Trabajo en Equipo.	34
Tabla 14 Frecuencia de la Dimensión Presión y Ritmo de Trabajo.	35
Tabla 15 Frecuencia de dimensión aprendizaje organizativo-mejora continua	36
Tabla 16 Frecuencia de la Dimensión de Respuesta a los Errores.	37
Tabla 17 Frecuencia de dimensión apoyo de los administrativos para la seguridad del paciente.	38
Tabla 18 Frecuencia de la dimensión Comunicación acerca de Errores.	39
Tabla 19 Frecuencia de la dimisión Comunicación y Receptividad.	40
Tabla 20 Frecuencia de la dimensión información de Eventos relacionados con la seguridad del Paciente.	41
Tabla 21 Frecuencia de la dimensión Apoyo de la Administración para la Seguridad del Paciente.	42
Tabla 22 Frecuencia de la dimensión Transferencia e Intercambio de información.	43
Tabla 23 Tablas cruzadas para la Aplicación de Practicas Seguras y Cultura de Seguridad del Paciente.	44

Tabla 24 Tablas cruzadas para la dimensión Identificación Correcta de Pacientes y Cultura de Seguridad del Paciente.	45
Tabla 25 Tabla cruzadas para la Comunicación Efectiva y Cultura de Seguridad del Paciente.	46
Tabla 26 Tablas cruzadas para la Dimensión Seguridad de Medicamentos de Alto Riesgo y Cultura de Seguridad del Paciente.	47
Tabla 27 Tablas Cruzadas para la Dimensión Seguridad de la Cirugía y Cultura de Seguridad del Paciente.	48
Tabla 28 Tabla cruzadas para la Dimensión Riesgo de Infección Asociada a la Atención Sanitaria y Cultura de Seguridad del Paciente.	49
Tabla 29 Tabla cruzadas para la Dimensión Riesgo de daño por caídas y cultura de seguridad del paciente.	50
Tabla 30 Prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov	51
Tabla 31 Correlación de la hipótesis general	52
Tabla 32 Correlación de la hipótesis específica 1	53
Tabla 33 Correlación de la hipótesis específica 2	54
Tabla 34 Correlación de la hipótesis específica 3.	55
Tabla 35 Correlación de la hipótesis específica 4.	56
Tabla 36 Correlación de la hipótesis específica 5.	57
Tabla 37 Correlación de la hipótesis específica 6	58

## Índice de Gráficos y Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 Gráfica de frecuencia de la variable 1.	26
Figura 2 Gráfica de frecuencia de la dimensión 1 de la variable 1.	27
Figura 3 Gráfica de frecuencia de la dimensión 2 de la variable 1	28
Figura 4 Gráfica de frecuencia de la dimensión 3 de la variable 1	29
Figura 5 Gráfica de frecuencia de la dimensión 4 de la variable 1	30
Figura 6 Gráfica de frecuencia de la dimensión 5 de la variable 1	31
Figura 7 Gráfica de frecuencia de la dimensión 6 de la variable 1	32
Figura 8 Gráfica de frecuencia de la variable 2	33
Figura 9 Gráfica de frecuencia de la dimensión 1 de la variable 2	34
Figura 10 Gráfica de frecuencia de la dimensión 2 de la variable 2	35
Figura 11 Gráfica de frecuencia de la dimensión 3 de la variable 2	36
Figura 12 Gráfica de frecuencia de la dimensión 4 de la variable 2	37
Figura 13 Gráfica de frecuencia de la dimensión 5 de la variable 2	38
Figura 14 Gráfica de frecuencia de la dimensión 6 de la variable 2	39
Figura 15 Gráfica de frecuencia de la dimensión 7 de la variable 2	40
Figura 16 Gráfica de frecuencia de la dimensión 8 de la variable 2	41
Figura 17 Gráfica de frecuencia de la dimensión 9 de la variable 2	42
Figura 18 Gráfica de frecuencia de la dimensión 10 de la variable 2	43

## RESUMEN

El objetivo general fue determinar si existe relación significativa entre la aplicación de prácticas seguras y la Cultura en Seguridad del personal de salud de un hospital nacional de Lima.2021.

Se utilizó la siguiente metodología, tipo de estudio básico, con un alcance correlacional y un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal. La técnica usada es la encuesta para ambas variables y el instrumento el cuestionario para ambas variables. La población estuvo constituida por 700 personas y la muestra fue de 66 personal de salud que labora en un Hospital Nacional de Lima.

La conclusión principal fue que si existe una relación significativa entre la aplicación de prácticas seguras y cultura de seguridad del paciente del personal de salud. Donde el 10.6% aplica prácticas seguras en un nivel medio cuando la cultura de seguridad es neutral, el 18.2% lo aplica en un nivel bajo cuando la cultura de seguridad es negativa y el 19.7% lo aplica en un nivel alto cuando la cultura de seguridad es positiva. El grado de asociación es positiva moderada entre ambas variables, lo que indica que, a una mayor aplicación de prácticas seguras, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

Palabras claves: Prácticas Seguras, cultura de seguridad del paciente, identificación del paciente, comunicación efectiva, riesgo de daño por caídas.



## ABSTRACT

The general objective was to determine the relationship between the application of safe practices and the Safety Culture of the health personnel of a national hospital in Lima. 2021.

The following methodology was used, a basic type of study, with a correlational scope and a non-experimental design, with a cross-sectional descriptive quantitative approach. The technique used is the survey for both variables and the instrument the questionnaire for both variables. The population consisted of 700 people and the sample was 66 health personnel working in a National Hospital in Lima.

The main conclusion was that there is a significant relationship between the application of safe practices and the patient safety culture of health personnel. Where 10.6% apply safe practices at a medium level when the safety culture is neutral, 18.2% apply it at a low level when the safety culture is negative and 19.7% apply it at a high level when the safety culture is positive. The degree of association is moderately positive between both variables, which indicates that, with a greater application of safe practices, the culture of patient safety will be greater.

**Keywords:** Safe Practices, culture of patient safety, patient identification, effective communication, risk of injury from falls.

## I. INTRODUCCIÓN

Desde 2004, durante más de diez años, las organizaciones hospitalarias han estado implementando y realizando investigaciones sobre temas de seguridad del paciente basadas en datos mundiales, con el fin de mejorar la atención de salud de alto resultado relacionado con daños, principalmente debido a errores prevenibles, ejemplo: error de la medicación, infecciones de heridas operatorias, neumonías asociadas a ventilador, caídas o errores de procedimientos quirúrgicos, etc.

La OMS desarrollo iniciativas llamadas soluciones para la seguridad del paciente, la cual, pretende dirigir los esfuerzos de las políticas sanitarias con enfoque en una atención basada en la seguridad del paciente. Es por ello que, en el 2007, solicita que se realicen investigaciones exclusivas en errores o eventos adversos que para esa fecha se elevaban a casi 10 millones de pacientes que morían o sufrían lesiones a consecuencia de prácticas inseguras en el espacio hospitalario, ya que la mayoría eran evitables. (1). Además, que en consecuencia se pretendía establecer y favorecer la cultura mejora de la atención enfocada en el paciente, para promover la notificación de errores y su análisis como parte del aprendizaje para la mejora la asistencia y realizar formación continua. (4)

El 2008, una investigación realizada en Latinoamérica para evaluar eventos adversos llamado estudio IBEAS, que investigó los incidentes causantes de daños en la atención hospitalaria, para evaluar una realidad en seguridad del paciente en algunos hospitales representativos de Latinoamérica, entre ellos participaron Colombia, Argentina, Costa Rica, Perú y México, encontrando que, por cada 100 pacientes con daño intrahospitalario 7 habían muerto, 17 quedaron incapacitados totales, 12 incapacitados severos y 64 incapacitados leves o algunos sin incapacidad. De ellos casi el 60% podrían haberse evitado. (5)

El estudio IBEAS en Perú, concluyó que hubo pacientes que permanecían con algunas lesiones o complicaciones del evento adversos durante su estancia hospitalaria en un 11.6%, el servicio de obstetricia y cuidados intensivos tuvieron un mayor caso de estos, además que las mujeres fueron las más afectadas y como

grupo etario con mayor presentación de eventos adversos estuvo entre 16 a 45 años. Lo más resaltante del estudio fue que el 58.8% de los eventos adversos eran evitables. (5)

Los errores involuntarios o eventos adversos, traen consigo posibles complicaciones en la salud del paciente, negligencias y otros, esto debido a que la actividad humana dentro del sistema de salud, se brinda las 24 h y 7 días a la semana, y el riesgo a que se produzcan incidentes aumenta si no se tiene implementado un sistema donde la seguridad está centrado en el usuario. Este cúmulo de atenciones asistenciales y prácticas inseguras que entorpecen la recuperación, empeoran el pronóstico o prolongan la discapacidad innecesariamente, debe ser reevaluado y recanalizado para una gestión del riesgo enfocada en actividades orientadas a crear y fortalecerla cultura donde el paciente esté seguro y que reduzca o limite un daño, de allí la importancia de que se institucionalice en los centros hospitalarios, con una perspectiva donde se admita que los errores se producirán inevitablemente, pero que, en un sistema seguro, serán muy pocos los que tendrán consecuencias para el paciente así como para el personal de salud y la institución misma. (6)

Así mismo, la información obtenida de la medición de las prácticas asistenciales seguras implementadas por la OMS y el grado del nivel de Cultura de seguridad desde la perspectiva asistencial, aproxima y pone en una situación importante los logros de pacientes, familias y personal. Estableciendo en sí, un entorno hospitalario seguro enfocado en el usuario, garantizando que se repete sus derechos. Además de, incluir en la política de seguridad de referencia para otras instituciones. (6)

El Ministerio de Salud Peruano, busca impulsar este tema importante considerando su aspecto esencial de la Calidad implementando estrategias para la mejora en la atención sanitaria implementando Políticas a nivel nacional como parte de la Calidad Sanitaria registrada mediante Resolución Ministerial 727-2009/MINSA, con el fin de que mejoren los servicios salud y el usuario externo este satisfecho, que aún está vigente, también en su octava política de Calidad, pide implementar

mecanismos de notificación de eventos adversos e incidentes así como la implementación de un plan para la reducción y mitigación de los riesgos que derivan de la atención sanitaria, es decir que la seguridad sea específicamente para el paciente. Ya el 2006 se había dado a conocer un el Plan Nacional de Seguridad del Paciente, la cual ya no está vigente y desde allí a la fecha no se ha establecido ningún otro. Pero si desde el 2008, con documento resolución ministerial 533-2008/MINSA, aprueba el uso de una lista de verificación exclusiva para una Cirugía segura, con el fin de que se implemente en los hospitales nacionales estándares mínimos de calidad para disminuir los riesgos que conllevan una cirugía. (2)

A nivel de la provincia de Lima, el caso del Hospital Santa Rosa que desarrollo una cultura de abierta para identificar eventos adversos en forma no punitiva con participación de las jefaturas asistenciales y de la dirección, favorece a los servicios para poder enfocar las mejoras de manera más específica según el informe del Hospital Santa Rosa en el 2014 sobre la encuesta aplicada de cultura de seguridad , donde una de sus principales dificultades fue no haber contado con un modelo o referente nacional, situación que los llevo a tomar la decisión de investigar sobre el desarrollo. (27)

Es por ello que, el presente estudio considera indagar en el personal de salud, las practicas seguras y su conocimiento de una cultura basada en la seguridad del usuario, para formular recomendaciones que puedan contribuir una atención más segura a las personas que reciben una atención directa en esta institución de salud nacional, que ha tenido como parte de sus políticas el desarrollo activo de una cultura segura para el paciente.

Como justificación teórica, consideramos importante ya que se basa en las recomendaciones internacionales de la OMS y la Joint Commission International que son instituciones de referencias internacional en cuanto a los acciones o prácticas seguras para disminuir el riesgo de un daño a nuestro paciente, así como en sugerencia Abreviatura de Administration of Health Care Research and Quality (AHRQ), una institución especializada en calidad de atención médica estadounidense.

Los resultados generarán nuevos conocimientos que permitirán nuevas formas de hacer, nuevos procesos a aplicar y generación de nuevas estrategias para superar las dificultades en seguridad del paciente y la cobertura de brechas normativas en la gestión institucional. Además de que podrá ser tomado como referencia en otras investigaciones.

Como justificación práctica, los resultados del estudio beneficiarán directamente a los pacientes del Hospital donde se aplique y a los profesionales de la salud, ya que la información obtenida podrá ayudar a las autoridades institucionales a tomar decisiones para fortalecer las capacidades que mejoren la seguridad para el paciente, y como producto se consigue mejorar continuamente la eficacia asistencial dentro del nosocomio.

La justificación metodológica del estudio tendrá relevancia metodológica porque los instrumentos para las variables, en el caso de Prácticas Seguras, fueron validadas y aplicada el test de confiabilidad antes de ser aplicadas a la población, y en el caso de la cultura en seguridad del usuario, un cuestionario utilizado como instrumento validado y realizado la confiabilidad internacionalmente en el 2019, lo cual le brinda el respaldo para continuar otros estudios relacionados a las prácticas seguras y cultura de seguridad al usuario.

Esta investigación quiere indagar la relación de prácticas seguras para el beneficio del paciente y la cultura de seguridad y, a través de sus resultados, podemos contribuir a mejorar y fortalecer la seguridad de enfermería.

De lo anterior nos hacemos la siguiente interrogante.

*¿Existe relación entre la aplicación de prácticas seguras con la cultura de seguridad del paciente del personal sanitario en un Hospital Nacional de Lima?*

considerando las dimensiones específicas, planteamos la siguiente pregunta

*¿Cuál es la relación entre la identificación correcta del paciente, la comunicación eficaz, la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, la cirugía segura, los riesgos de infección relacionados con la medicina y el riesgo de lesiones por una caída? ¿Seguridad del paciente en un hospital nacional de Lima?*

Todo esto determinará si existe una conexión entre las estas dos variables.

Con base en lo anterior, establecimos objetivos específicos:

*Determinar si existe una correlación entre las dimensiones de la primera variable y la segunda variable del personal sanitario de un hospital nacional en Lima.*

Así, se propone una hipótesis principal.

*Entre los trabajadores de salud de un hospital nacional en Lima, hubo una relación estadísticamente significativa entre las prácticas de seguridad y la cultura de seguridad del paciente.*

Los supuestos específicos extraídos de lo anterior son:

*Hay relación estadística significativa de una correcta identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad de medicamentos de alto riesgo, cirugía segura, riesgo de infecciones relacionadas a la salud y el riesgo de que los pacientes sufran caídas, con la Cultura de seguridad del paciente en el Hospital Nacional de Lima.*

## II. MARCO TEÓRICO

Se ha considerado mencionar varios estudios realizados a nivel internacional, donde sus resultados han sido relevantes, como Batista J., Drehmer E., Taporosky F, Parreira D., Gaspari AP., Batista A. (Brasil 2019).que mediante su estudio donde analizan la cultura de la seguridad con las dimensiones de comunicación y la notificación desde un punto de vista del equipo de salud, aplicaron una encuesta a 158 personas que trabajaban en el área quirúrgica de un hospital docente de Paraná, teniendo un resultado de respuestas positivas mayor o igual a 75% fue en temas fuertes de la seguridad del paciente, también ninguna dimensión o ítem/tema fue considerado importante en el caso del usuario quirúrgico, además hubo una menor observación negativa del personal enfermero a diferencia del personal médico. Concluyendo que en cuanto a que el personal de salud tenía una débil percepción de la dimensión comunicación de eventos adversos. (7)

También, Castro GS., Vintimilla EF. y Viteri OL, (Ecuador 2019). Hicieron un estudio con la finalidad de exponer como aplicaban y manejaban las acciones seguras dentro de la oportunidad en la seguridad del paciente, las enfermeras de la unidad de medicina interna en una institución nivel II en Quito, evaluaron a 50 personas que laboraban como personal enfermero, resultando que el 50 % de los evaluados realizan prácticas asistenciales seguras y conocen el Manual de Seguridad del paciente. Concluyendo que en el estudio lograron observar que las actividades del personal enfermero, proponiendo dotar de recursos de acuerdo a la demanda de pacientes, no favorecía su labor para el cumplimiento de sus respectivos roles en sus quehaceres cotidianos en el servicio. (8)

Así mismo, Ramírez M.E. y González A. (México. 2017), en un estudio realizado para observar cómo perciben el personal asistencial la cultura y el clima de seguridad además de la presentación de eventos en una institución privada nivel 1 dedicada a medicina familiar, donde aplicaron un cuestionario a 27 profesionales de enfermería, encontrando que casi un 15% piensa que el clima de seguridad del paciente es excelente o muy bueno y un 66.7% no reportaron ni un evento adverso, el 75.3% ve a la dimensión: retroalimentación y comunicación de errores como una fortaleza y un 61.7% y 62% ve como debilidad la dotación de personal y la respuesta que no es punitiva cuando hay un error. Concluyendo que casi el 75% no había

reportado ningún caso de evento adversos en los últimos años y más del 50% percibió entre aceptable y superior el clima de seguridad del paciente. (9)

A su vez, Martínez MN, Mendieta RA, Rinza PT, Solalindez AJ, VelasquezGA; Solórzano AM (México 2016). En un estudio para medir nivel de conocimiento de las metas mundiales en seguridad del usuario, encuestando a 407 personas que trabajaban en el Hospital Pediátrico Silvestre Frenk Freud y encontraron que el 76% de los empleados conocían la existencia del MISP, pero solo el 51,3% sabía el significado o método de ejecución. El nombre y el significado de MISP son los más conocidos: identificación correcta del usuario, reducir el riesgo de infecciones en la asistencia en salud, además el personal que conocía más sobre este tema fue Enfermería y Médicos Residentes. Llegando a la conclusión de que, aunque la mayoría del personal tiene información de las MISP, solo la mitad conoce el concepto y como se aplican. (10)

También Mir AR., Falcó PA. y De la Puente MM. (España, 2015), la finalidad es comprender las actitudes de los pacientes hacia la cultura en función de su situación, aplicaron una encuesta a 276 personal de salud entre enfermeras y auxiliares que laboraban en un nosocomio, encontrando respuestas positivas en más del 75% lo cual se considera una fortaleza y más del 50% fueron respuestas negativas que se consideraron como oportunidades de mejora, además el 59% calificó la seguridad entre 7 y 8 de 10. También un 53% no había realizado ningún reporte de incidentes dentro del último año, e identificaron una fortaleza el trabajar en equipo dentro de su servicio y dotación del personal como una oportunidad de mejora. Sin embargo, se encontró que los profesionales contratados para jornadas parciales obtuvieron una cultura de seguridad más efectiva. Concluyendo que los resultados obtenidos permitieron medir la cultura de seguridad lo cual orientaría planes o actividades de mejora en los puntos observados. (11)

En cuanto a las investigaciones a nivel nacional encontramos que Álvaro D., Membrillo N. y Vilcapoma A. (2018). Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, para establecer un nivel cultural basado en la seguridad del paciente, evaluaron 41 profesional enfermero que trabajan en el área quirúrgica de un



hospital Carlos Lanfranco La Hoz y una clínica particular la Clínica Santa Isabel. Concluyendo que ambas instituciones tienen una cultura adecuada de seguridad basado en el paciente. La clínica privada alcanzó el 84.4% fueron de respuestas positivas y alcanzaron con el mayor número de dimensiones como fortaleza, mientras que las enfermeras del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz alcanzó un 59.4% de respuestas positivas, con el mayor número de dimensiones como oportunidad de mejora. Concluyendo que las enfermeras de centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel una fuerte cultura de seguridad del paciente. (12)

Tenemos a Mori Yachas, NR. (2017) quien realizó un estudio cuantitativo, hipotético y deductivo, nivel descriptivo, aplicando una herramienta a personal enfermero siendo 40 los evaluados de la unidad de Emergencia del Hospital nacional en Vitarte, donde se midió cultura, seguridad y prevención de eventos adversos, hallando significancia positiva al correlacionar las dos variables de estudio. (13)

También Podestá LE. y Maceda, M. (2017), realizaron una investigación en el Hospital de Vitarte a un equipo de médicos, para relacionar la percepción de la calidad con la cultura de Seguridad, para ello se evaluó a una población de 124 médicos, encontrando que había significancia positiva al relacionar las variables de estudio. Concluyendo que, si hay relación entre la calidad percibida con cultura segura en personal médico que trabaja en los hospitales mencionados. (14)

De La Puente, GL. y Rengifo, DA. (2016), realizaron un estudio donde identificaban los errores más comunes o frecuentes que incurre un profesional enfermero respecto a la administración de la medicación, para ello revisaron 11 estudios publicados entre el 2011 – 2015. Encontraron que, el 14.28% tenía más coincidencias en el error de la Dosis, el 11.9% se encontraba en la omisión de la administración de un medicamento, además el 11.62% lo relacionaban a las Interrupciones y/o distracciones al momento de administrar la medicación y un 9.3% a la letra ilegible de la prescripción médica. Dentro de las propuestas de mejora sugeridas, está la adopción de protocolos, guías de administración de medicamentos y la capacitación continua en cuanto al tema. Concluyendo la

importancia del uso de Protocolos y/o guías para una segura administración de medicamentos, la notificación de los errores y eventos adversos relacionados con la administración medicamentosa que no sean punitivos para fortalecimiento. El papel de las enfermeras para garantizar aseguramiento de atención. (15)

**Seguridad del Paciente** lo encontramos en un documento que clasifica el marco de conceptos relacionados a la seguridad del paciente de autoría de la OMS, donde en todo su contexto está relacionado con prevenir la ocurrencia de eventos adversos y definida como: un hecho no deseado que causa o pudo haber causado daño al paciente y está ligado a las condiciones asistenciales como a los del mismo usuario sin estar relacionadas a la patología de fondo. (28)

Para Rocco y Garrido (2017), parece ser la intención de evitar daño al paciente durante su atención y por ello forma parte primordial en la Calidad de atención y tiene que ser aplicada cada vez que se vaya a realizar cualquier actividad sanitaria. Desde una visión objetiva considerada un asunto fundamental en la práctica de atención de salud. Argumentando que la base fundamental es la relación entre la Teoría del Error de Reason y la cultura enfocada En términos de seguridad del paciente, esto significa que las instituciones médicas deberían estar direccionada a la necesidad del paciente y su seguridad, evitando los daños prevenibles mediante procesos que reduzcan los fallos en el sistema, la mitigación de errores del personal y a identificarlos oportunamente para aminorar las consecuencias. (16)

La seguridad del paciente como disciplina que cuida la salud de la persona, de desarrollo a la par del incremento de la complejidad del sistema sanitario y a consecuencia del incremento de reportes de errores y eventos adversos como resultado de la atención directa del paciente, como era de esperarse la pieza clave de aprendizaje y de garantía para implementar exitosamente estrategias que respalden una mejora ininterrumpida, cuyo resultado brinde dirección y una política más clara, el fortalecimiento de habilidades de liderazgo, información real y transparente que impulsó mejoras con un equipo profesional más calificado, sin dejar de lado que el paciente participe de su cuidado y recuperación. (19)

Hay un punto que se debe reconocer y es que la seguridad del paciente causa un impacto importante en el costo que las instituciones hospitalarias deben enfrentar de producirse un daño o evento adverso a un paciente. Es por eso que implementar la mejora continua relacionada a la seguridad del usuario logrará obtener mayores beneficios monetarios tanto para el prestador como para el receptor de la asistencia de salud, restableciendo así su confianza en el sistema de salud. La OMS ha reconocido que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial y se centra en impulsar estratégicas claves, entre ellas el seguimiento de las mejoras en este tema, con investigaciones específicas para que se mejore la experiencia de los pacientes, se reduzca los riesgos de daño y se mejore el resultado sanitario reduciendo sus costos. Por ello puso en marcha retos que tienen un Tener un impacto significativo e importante en la reducción de riesgos relacionados con la seguridad, entre estos: Una cirugía limpia para una atención segura. El 2005, cirugía salva vidas y el 2008, la medicación sin daño en el 20017, creando una red internacional y planes relacionados a proteger al paciente. (20)

También la OMS convocó a la Joint Commission International (JCI) en el 2008 para juntos reforzar la práctica asistencial segura, pues representa el nudo crítico para un incremento de la calidad, especialmente para la seguridad del usuario, basándose en acciones específicas de mejora, las cuales eran identificadas y registradas como evidencia del gran número de eventos adversos que se tiene en la asistencia de salud, que después pasaron a ser pautas de carácter importante en el ámbito internacional que promovió la práctica segura con acciones específicas llamadas Metas en Objetivos Internacionales. (20)

**La Prácticas Seguras**, vendría a ser un tipo proceso u actividad cuya aplicación puede reducir una posibilidad de que se presente un evento adverso causado por una exposición a una atención de salud, con una serie de enfermedades y/o procedimientos, lo cual muestra claramente que el sistema de atención médica puede ser vulnerable y estas prácticas seguras vienen a ser una verdadera protección o filtro para reducir daños. Expertos en el tema recomiendan prácticas con suficiente evidencia para ser aplicadas a gran escala en las instituciones de salud con efectos totalmente notables. (21)

Otro concepto nos dice que una práctica segura no es más que la intervención de tecnología y ciencia, así como administrativa en todo el proceso de atención médica con evidencia de resultados exitosos, por la mínima probabilidad de que ocurra un evento adverso. Pero al analizar y observar la atención diaria, se encuentran fallas activas, acciones y/u omisiones que se establecen como acciones inseguras, es decir, conductas que se dan en la atención sanitaria, generalmente por acción u omisión de algún o varios miembros del equipo de salud, donde además podría encontrarse fuera de los límites de una acción segura, teniendo grandes posibilidades de que se cause daño a un paciente, un ejemplo sería no monitorizar cuando se debe, no observar algún signo de alarma visible, o no actuar oportunamente, o también tomando una decisión incorrecta o simplemente no pedir apoyo cuando sabes que necesitas ayuda., etc. (22)

También es considerada una práctica segura, a una lista de prácticas recomendadas con evidencia científica para la actividad clínica en diferentes ámbitos de atención médica dirigidas a la prevención y disminución de eventos adversos que mejoran la calidad sanitaria, ya que de presentarse estos eventos serían de grave impacto y en consecuencia con resultados negativos para el paciente, por las complicaciones, la prolongación de la hospitalización y las posibles discapacidades a largo plazo. (24)

Es por ello que desarrollar ampliamente acciones seguras, para disminuir los daños evitables ocasionados a los pacientes, disminuye enormemente una carga emocional y económico para las personas y sus familiares, además de los organismos institucionales, tanto en lo social como económicas, porque afecta los recursos del sistema Salud y sociedad en general. (25)

El 2005 fue creada por la OMS 9 soluciones relacionadas al tema, el fin de disminuir los efectos del daño ocasionado por la atención asistencial, y en el 2008 junto con la Joint Commission International iniciaron la creación de metas mundiales en pro de que la atención al usuario sea segura, esta se han convertido en parte de los estándares de evaluación de la acreditación hospitalaria implementados por esta institución y la han convertido en el principal motor para su implementación, pues

involucra todas las investigaciones realizadas sobre acciones y prácticas realizadas por las instituciones de salud para disminuir y/o eliminar el riesgo de daño innecesario relacionado al cuidado sanitario. (18)

En este escenario, los indicadores de estas prácticas seguras serían la aplicación de aquellos objetivos internacionales sobre seguridad del paciente vigentes y que representan las mejores prácticas seguras respaldadas por la máxima autoridad sanitaria la OMS y la institución con mayor prestigio a nivel internacional como parte de los estándares que deben tener las instituciones de salud para disminuir notablemente el riesgo de eventos adversos, así encontramos: La Identificación correcta del paciente, que tiene como fin el mejorar la claridad de la identidad del paciente que se va a atender para prevenir cometer errores por confusión. (23)

Aquellos eventos que provocan una identificación incorrecta de un paciente, pasan prácticamente por todas las fases diagnósticas y de tratamientos, Es decir, por ejemplo, un cambio de habitación, los movimientos de camas por necesidad del servicio, o de establecimiento de salud, en pacientes sedados, desorientados u otras situaciones parecidas, nos pueden llevar a presentar errores en la identificación del paciente, lo cual lo expone a sufrir daños posteriores a una ocurrencia adversa. Para ello, identificar correctamente un paciente cobra importancia vital, pues se asegura que el paciente tenga sus datos de forma confiable y permanezca hasta su salida del centro sanitario, evitando así que todas las actividades y procedimientos estén dirigidos hacia él en forma confiable.

El equipo multidisciplinario del servicio que esté en relación con la atención sanitaria directa con el paciente, debe saber identificar de manera correcta al paciente, especialmente si va a administrar medicación, sangre, hemoderivados, etc. También si va a extraer muestras o sangre para un análisis clínico y antes de la administración de cualquier otro tratamiento o procedimiento.

Para ello, es necesario que se use mínimo dos identificadores para confirmar la identidad del paciente en los servicios hospitalarios, por ejemplo, nombres completos y fecha de nacimiento. Estos datos servirán para identificar sin

equivocarse al paciente y deben de registrarse desde que ingresa, en un brazalete con letra legible, no debe de llevar abreviaturas y debe ser colocado al paciente, así mismo dicha información debe de colocar en una ficha que va al pie de cama/camilla en el que se encuentre el paciente. Tanto la pulsera como la ficha debe de permanecer durante toda la estancia que dure su hospitalización en la institución, y si se deteriora deberá ser reemplazado las veces que sea necesario.

La Mejora de la Comunicación Efectiva, tiene la finalidad de prevenir confusiones o errores al momento de recibir órdenes verbales - telefónicas entre profesionales sanitarios. ES decir, cuando la comunicación es efectiva entre profesionales incluyendo a los pacientes, se disminuyen los errores de información respecto al paciente y se mejora la seguridad. Por lo tanto, se deben registrar las instrucciones médicas orales o telefónicas. Sin embargo, en las historias clínicas existen algunas circunstancias especiales Debido a una emergencia, los médicos no pueden registrar indicaciones y en estos casos se acude a las órdenes verbales.

Cuando se pretende evitar errores relacionados a las ordenes verbales, ya sea directa o vía telefónica, se debe seguir pasos para que su ejecución sea de forma efectiva y segura, para ello se necesitan seguir ciertos pasos de intercambio de información en momentos críticos donde la situación puede conducir a fallos en la comunicación, entonces el receptor ESCRIBE la indicación o información recibida, luego LEE lo escrito para que el emisor lo escuche y el emisor CONFIRMA la indicación o información dada.

Cuando tal orden se hace entre el personal de salud en el quirófano o en caso de emergencia, el registro de esta instrucción no está permitido en situaciones de emergencia, y en estos casos el receptor ESCUCHA la orden, luego REPITE la orden y el emisor de la orden CONFIRMA la indicación, para finalizar el receptor y el emisor REGISTRAN la orden y el cumplimiento posterior en los documentos correspondientes del paciente.

Prevenir que los medicamentos considerados de riesgo sean seguros, cuyo propósito es la prevención en la administración medicamentosa de electrolitos

concentrados, ya que la medicación usada para el tratamiento en la recuperación de un paciente es de diferentes tipos y concentraciones, por ello es muy importante que su manejo sea de manera adecuada con el objetivo de que se garantice la seguridad de los mismos en todas sus etapas. Los errores de administración pueden tener muchas aristas, así que el referirnos a medicamentos de altísimo riesgo es porque una falla en su administración puede ocasionar daños irreversibles o hasta la muerte del paciente. Y para que no sucedan eventos adversos graves, es necesario que la institución sanitaria tenga estructurado y protocolizado la identificación de las mismas con etiquetas roja, vigilar su administración correcta y almacenarlos en lugares seguros, que tengan un acceso restringido y que todo el personal esté informado sobre estas disposiciones.

Cada centro hospitalario o de salud define la lista de medicamentos considerados de alto riesgo y la forma de monitorizarlos como los electrolitos concentrados, las insulinas, la heparina, así como fármacos vasoactivos. La recomendación para mejorar la seguridad de estos medicamentos es primero enviar la medicación por separado para pacientes con alto reconocimiento de vigilancia (etiqueta de color), seguida de un acceso restringido y luego que los medicamentos controlados especiales preparados en forma diluida siempre deben estar etiquetados y custodiados por el personal de enfermería. Así cuando estos medicamentos estén indicados, antes de administrarlos se verificará que el paciente sea el correcto verificando con los dos el momento correcto y la vía correcta como mínimo. La preparación, así como la administración de los electrolitos concentrados debe difundirse a las personas encargadas de la indicación y de la administración de medicamentos, enfatizando en la forma de dilución de los electrolitos concentrados, la administración de manera segura por ejemplo mediante bombas infusoras u otros equipos que midan volumen y tiempo de administración.

La seguridad quirúrgica es que sea en el lugar apropiado, lo programado y en la persona correcta, a fin de evitar errores en pacientes. Los errores en los procesos previos y en el transcurso, así como en la fase post operatoria, son importantes para evitar errores que puedan llevar a exponer a un paciente a un evento adverso para el paciente, cuando la comunicación es inadecuada entre los miembros del

equipo quirúrgico, se puede omitir o no hacer participar al paciente del proceso, la ausencia de procedimientos para verificar el sitio operatorio, entre otros pueden conducir al error en forma frecuente. Se puede asociar estos errores a una comunicación incompleto o escasa de parte del equipo multidisciplinario quirúrgico, así con la poca o nula participación del paciente en su marcado de sitio quirúrgico, igual que una falta en verificar el lugar operatorio, una evaluación insuficiente al usuario, una revisión insuficiente del historial clínico o dificultad en la legibilidad en la escritura a mano y otro, informado francamente con los participantes multidisciplinarios en la cirugía.

Por ello, la OMS diseñó una Lista de chequeo para brindar seguridad a la cirugía, comprometiéndolo a sus países miembros a que se forme como parte de su política para evitar dañar al paciente en su proceso quirúrgico. Esta lista tiene 3 fases o procedimientos conocidos como pausas de seguridad, utilizadas en centro quirúrgico y sala de partos o lugares donde se necesite anestesiarse a un paciente. Esta lista de chequeo facilita el registro y documenta todas las acciones primordiales realizadas en el quirófano por el equipo quirúrgico para que la cirugía sea muy segura y tenga excelentes resultados en favor del paciente. Tiene tres partes que se debe cumplir durante el tiempo que dura la cirugía. 1. Cuando el paciente ingresa a quirófano, 2. Antes de que inicie la cirugía en sí y 3. Antes de sacar al paciente del quirófano. Todo el equipo quirúrgico participa activamente cuando se aplique el check list y previo antes de la salida del paciente del quirófano, firmará la Lista de Chequeo correspondiente al paciente operado para luego anexarlo a la historia clínica. Como responsable del acto quirúrgico el médico deberá dar información sobre los resultados al paciente y familia todo dentro de su ámbito competencial.

**Reducir el riesgo de infecciones asociadas con el tratamiento hospitalario,** cuya finalidad es disminuir el peligro de sufrir infecciones relacionadas a la atención sanitaria mediante actividades programadas de la higienización de manos efectivo. La preocupación es por los altos índices de infecciones adquiridas dentro del ámbito hospitalario donde las manos vendrían a ser el principal vehículo de transmisión de gérmenes, por ello la medida más importante para su control sería el lavado de



manos aplicado en los cinco momentos planteados por la OMS con evidencia científica: Antes de tocar al paciente, antes de realizar tareas de limpieza, después de tocar fluidos corporales y luego de manipular las cosas del paciente. Además, realizar una educación previa en el método correcto y 5 hábitos de higiene de manos establecidos. Los directivos deben de asegurarse que haya recordatorios para promover la higienización de manos en la institución de salud. Y los trabajadores sanitarios responsables directos de la atención, deberá informar sobre los riesgos para la salud de pacientes, familiares y visitantes cuando ocurre fallas en la higiene de manos en forma oportuna y adecuada.

**La Reducir el daño causado por caídas**, mediante la identificación, evaluación y reevaluación de todos los riesgos latentes que pueda presentar la caída de un paciente para tomar luego las medidas necesarias para su prevención. Una lesión sufrida por caída del paciente hospitalizado, debe alertarnos a las medidas que tomamos para prevenirlos y brindar un entorno adecuado, así como el uso de medidas estandarizadas para identificarlas y prevenirlas. Si el riesgo de caída es mayor, debe asegurarse de quitar los obstáculos del suelo, se puede considerar el acompañamiento constante de un familiar o cuidador si el riesgo es alto y de ajustar los medicamentos que causan mareos o debilidad. Además, el personal de salud que identifique, evalúe y reevalúe el riesgo de caída del paciente, debe registrar en la historia clínica la información desde el primer contacto hasta la hospitalización. Se utilizará diferentes métodos de comunicación para informar a los trabajadores sanitarios, pacientes, familiares y a los que visitan sobre las reglas o consideraciones de prevención al riesgo que suceda una caída.

**Cultura de seguridad del paciente**, es relevante luego del desastre de Chernobyl en 1988. A partir de ahí fue adaptada a diversas industrias para mejorar la seguridad de sus procesos y más en ellas donde el riesgo de sufrir eventos era de vital importancia entre ellas la de la aviación y energía atómica. Su desarrollo marcó un hito en el resto de las empresas especialmente en el de la salud ya que se exponía evidencia de la prevención de errores y fallas. Así la definición más aceptada es la de la AHRQ – la Agency for Healthcare Research and Quality - EEUU, pues declaró que toda institución tiene como resultado un conjunto de valores, actitudes,

conocimientos, capacidades y estilos y formas de comportarse a nivel personal y grupal, las cuales determinarían el tipo de liderazgo la gestión de la organización en cuanto a salud y seguridad a nivel institucional.

Para la National Quality Forum (National Quality Forum) en su informe del 2003 en EEUU, es el conjunto de prácticas de seguridad para mejorar la atención de la salud, que consideró la formación y el desarrollo de un estilo de vida basada en la seguridad médica, partiendo de la identificación y mitigación de los riesgos que conllevan a mejorar el liderazgo, medición cultural, trabajo en equipo y sistematización.

La Comisión Internacional de Seguridad del Paciente CISP, señaló que los hospitales con una formación en seguridad enfocado en el paciente de forma efectiva reconocen que las actividades que organizan tienen un riesgo alto de cometer errores, creando espacios no punitivos donde los colaboradores pueden informar errores o cuasi accidentes sin castigo. La expectativa de ser castigado y la ayuda del equipo profesional donde encuentren la posibilidad de apoyarse y una organización que asigne recursos para corregir problemas de seguridad.

La AHRQ en el 2004 desarrolló una encuesta para evaluar en las instituciones su salud la cultura de seguridad, especialmente conductas coherentes a una atención segura para el usuario y analizaba factores sociodemográficos como laborales, favorables a este tema para luego identificar lugares que deben mejorarse y así monitorear su desarrollo.

Este cuestionario en su 2da versión del 2019 que cuenta con un parámetro de fiabilidad de 25 hospitales y 4,345 trabajadores de hospital, cuya finalidad es medir las condiciones de seguridad que tiene el paciente en cada nosocomio, abarca 10 dimensiones todas centradas en el paciente.

**El Trabajo en Equipo**, que valora principalmente la eficiencia del trabajo en equipo, la ayuda mutua y el comportamiento de los que trabajan en una unidad.

**La Presión y Ritmo de Trabajo**, que evalúa la suficiencia de recursos humanos, el tiempo asignada para realizar el trabajo, el tipo de recursos del que depende la organización para el cuidado del paciente y el ritmo de trabajo que impacta en la seguridad del paciente.

**Aprendizaje de la organización y mejoramiento continuo**, evalúa principalmente la organización de las actividades para establecer la necesidad de realizar cambios en pro de la mejora para establecer lo mejor para el paciente esté seguro y la efectividad de los mismos, así como la permisividad de ocurrencia de problemas relacionadas a este fin.

**La Respuesta a los errores**, donde evalúan la percepción del personal y el apoyo administrativo al personal de salud cuando cometen errores y reportan los fallos y faltas afines con la seguridad del usuario.

**El Apoyo que los supervisores, directores o dirigentes hospitalarios en cuanto a la seguridad del usuario**, aquí se evalúan la receptividad de las sugerencias del personal, la rapidez del trabajo en horas de más actividad y las medidas que toman los supervisores para solucionar los problemas que les han sido comunicados.

**La Comunicación acerca de los errores**, donde se ven sobre la información que se da en servicio acerca de los errores cometidos, si lo conversas para que analicen y tomen medidas para que no vuelva a ocurrir, además de que se les informa sobre los cambios que se realizan en base al reporte de eventos ocurridos en el servicio.

**La Comunicación y Receptividad**, de la comunicación del personal sobre lo que ve y que podría afectar negativamente al cuidado del paciente, además de comunicar e informar si algún personal de mayor autoridad realiza algo que no es seguro para la seguridad de los pacientes, también evalúan si el personal de salud que dice lo que ve la autoridad escucha todas sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente

**El informar eventos que tiene que ver con la Seguridad del Paciente**, la evaluación es sobre la frecuencia con la que se reporta dos tipos de situaciones, cuando un error que se ha presenciado, pero esta ha sido corregida inmediatamente y cuando un error ha afectado al paciente pudiéndole causado daño, pero no ocurrió así.

El Apoyo administrativo en cuanto la seguridad del usuario, Aquí la evaluación se realiza a las acciones dentro del hospital y si estos muestran que su prioridad es el paciente, también si se ha proporcionado adecuados recursos para que mejore la seguridad del paciente, y si su interés por la seguridad del paciente solo se ve después que ha ocurrido un evento adverso.

**La Transferencia e intercambio de información**, en esta dimensión se evalúa si hay omisión de información que se comparte sobre el paciente al transferirlo de una unidad a otra. También la frecuencia de pérdida de información del cuidado del paciente cuando hay cambio de turno y el tiempo suficiente para intercambiar datos claves del paciente cuando hay cambios de turno.

**El número de incidentes reportados**, que el entrevistado ha realizado dentro de los últimos 12 meses.

**La Calificación del al Seguridad del Paciente**, que le asigna que le asignan los encuestados sobre el nivel que perciben de la seguridad para el paciente.

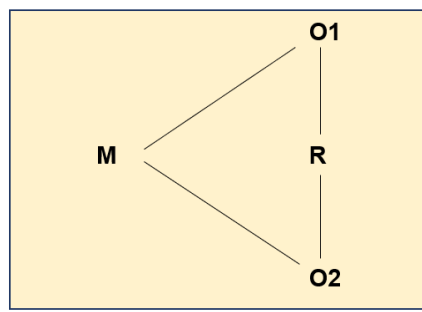
### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

**Tipo de investigación:** Estudio básico, se usó un método de correlación, transversal, cualitativa porque se intentó correlacionar dos variables de investigación al mismo tiempo.

**Diseño de investigación:** No experimental de nivel correlacional.

En nuestro plan de investigación, la primera variable se convierte en "aplicación de prácticas de seguridad" y la segunda variable se convierte en "cultura de seguridad del paciente".



Dónde:

M = muestra

O1 = aplicación de prácticas seguras

O2 = cultura de seguridad del paciente

R = relación

### 3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Aplicación de prácticas de seguridad

Para la AHRQ, las prácticas seguras se definen como un conjunto de actividades que pueden reducir efectivamente eventos adversos en diversos cuidados médicos y tipos de entornos.

Variable 2: Cultura de seguridad del paciente

La OMS define como actitudes, valores, habilidades, conceptos y patrones de comportamiento de individuos y grupos. Las decisiones determinarán la suma del compromiso de los administradores con la atención y la seguridad del paciente.

### 3.3 Población, muestra y muestreo

**Población:** Se consideró a 700 personal de salud, quienes formaron parte del equipo interdisciplinario de un Hospital Nacional de Lima.

- **Criterios de inclusión:**

- Que trabajen en servicio asistencial del hospital.

- Que trabajen directamente en la atención del paciente.

- Que sean médicos, enfermeras (os), obstetras y / o técnicos de enfermería.

- **Criterio de exclusión**

- Que labore en la parte administrativa

- Que no sea personal de salud

- Que no labore atendiendo directamente a los pacientes

- Que no sean médicos, enfermeras(os), obstetras y/o técnicos de enfermería

**Muestra:** Conformado por 66 personas asistencial sanitario, elegidos por conveniencia, el día de la aplicación de la encuesta.

**Muestreo:** No probabilístico de tipo intencionado por conveniencia.

**Unidad de análisis:** Personal de Salud asistencial.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

#### **Técnica:** Encuesta

Esta encuesta herramienta para obtener información específica y extensa de las principales fuentes para que los datos puedan procesarse de manera rápida y eficiente. Entonces, para Sampieri en 1997, se convirtió en un documento de recolección de datos con un grupo de preguntas relacionadas a las variables de estudio.

#### **Instrumentos:**

##### **Variable 1:** Cuestionario de Aplicación de Prácticas Seguras

Versión: Primera

Autores: Creación propia

Año: 2020

Ámbito de aplicación: Hospital

Administración: Individual

Población: 66 personal de salud asistencial

Duración: El desarrollo del cuestionario se desarrolló entre aproximadamente 10 a 15 minutos.

Escala: Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi Siempre y Siempre

Niveles y Rangos; SE usaron las siguientes:

Bajo: 1- 40

Medio: 41 – 80

Alto: 81 – 120

##### **Variable 2:** Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

Ítems: 24 - respuesta en escala Likert

Versión: 0

Autor: Creación propia adaptada de cuestionario de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).

Año de versión: 2020

Ámbito de aplicación: hospital

Administración: Individual

Duración: 10-15 minutos

Población: 66 personal de salud

Escala: Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

**Niveles y rangos:**

Negativo: 1 – 58

Neutral: 59 - 116

Positivo: 117 – 175

**Validez de los instrumentos:** Hurtado 2012 nos dice que esto refleja la forma en que el instrumento responde a las necesidades de investigación y puede medir de manera efectiva y adecuada sus capacidades de diseño.

**Tabla 1: Juicio de expertos sobre la validez del contenido del cuestionario "Aplicación de prácticas seguras".**

<b>Expertos</b>	<b>Pertinencia</b>	<b>Relevancia</b>	<b>Claridad</b>	<b>Suficiencia</b>
Dr. Jimmy Orihuela Salazar	Si	Si	Si	Si
Dra. Teresa Narváez Aranibar	Si	Si	Si	Si
Dra. Yolanda Huayta Franco	Si	Si	Si	Si

**Tabla 2: Juicio de expertos sobre la validez del contenido del cuestionario "Cultura de seguridad del paciente"**

<b>Expertos</b>	<b>Pertinencia</b>	<b>Relevancia</b>	<b>Claridad</b>	<b>Suficiencia</b>
AHRQ 2019	Si	Si	Si	Si

**Confiabilidad de los instrumentos:** Bernal (2000) señaló que la confiabilidad del instrumento se refiere a la precisión y firmeza de los resultados alcanzados cuando el instrumento se utiliza en condiciones lo más similares posible la segunda vez.



**Tabla 3: Fiabilidad de la variable Aplicación Prácticas Seguras**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.896	24

Se usó el coeficiente Alfa de Cronbach para los 24 ítems llegando a 0,896, llegando a una alta consistencia interna.

**Tabla 4: Fiabilidad de la variable Cultura de Seguridad del Paciente**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.914	33

La medición por Alfa de Cronbach para los 33 ítems fue 0.914, que significa una alta consistencia interna.

### **3.5 Procedimientos:**

Luego de verificar la confiabilidad del instrumento, se aplicó la encuesta a 66 miembros del personal médico del Hospital Nacional, y se tabularon las respuestas codificadas con programa Excel y luego procesados con el sistema estadístico SPSS 25.

### **3.6 Método de análisis de datos:**

Utilizamos el programa SPSS 25. Como resultado, se obtienen las tablas de frecuencia y los gráficos y luego se utiliza la tabla cruzada para el análisis de correlación para encontrar la relación entre las variables. Investigar para obtener la importancia de la respuesta a mi hipótesis, y finalmente utilizar RHO Spearman para establecer análisis de inferencia a través de pruebas normales no paramétricas para asegurar la prueba de hipótesis de mi investigación.

### **3.7 Aspectos éticos:**

En este aspecto, en primera fase se solicitó autorización a la autoridad pertinente del hospital nacional para aplicar la encuesta mediante una carta expedida la por la universidad del investigador. También dentro de la encuesta se consideró el consentimiento informado a personal de salud participante del estudio, En cuanto a la información usada en la presenta investigación se ha mencionado la fuente de los autores que brindaron el apoyo científico que ha respaldado al presente estudio.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Resultados descriptivos:

#### 4.1.1 Resultados variable 1

Tabla 5: Frecuencia de la Aplicación de Prácticas Seguras

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bajo	24	36.4
Medio	20	30.3
Alto	22	33.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

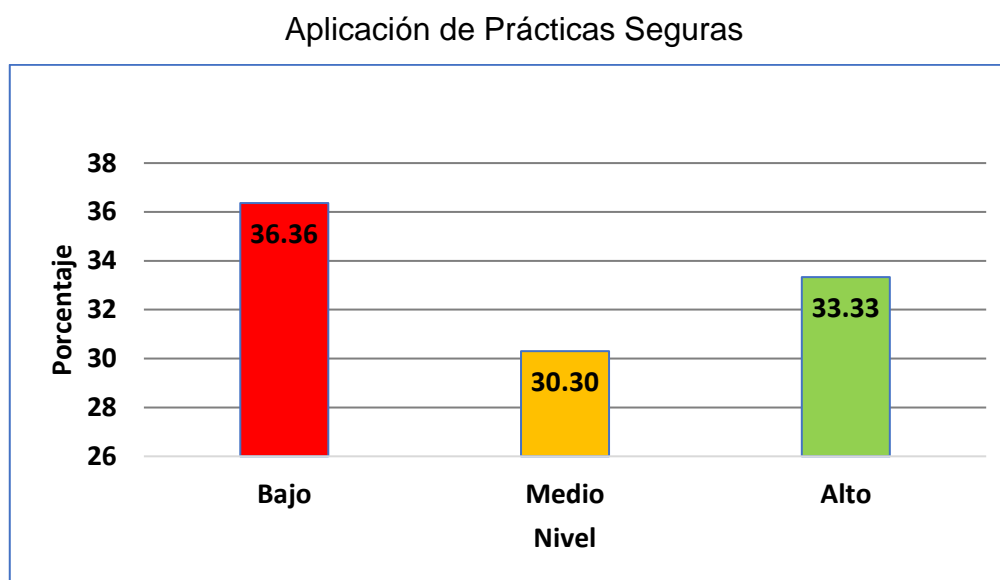


Figura 1: Gráfica de Frecuencia de la Variable 1

#### INTERPRETACION:

La Tabla 7 y gráfica 1 muestra que el 36,4% aplican en el nivel inferior, mientras que el 30,38% de los niveles medio y superior. De estos resultados concluimos que el nivel de aplicación de prácticas de seguridad es bajo.

#### 4.1.2 Resultados Dimensión 1

Tabla 6: Frecuencia de la Identificación Correcta de Pacientes

	N	%
Bajo	24	36.4
Medio	21	31.8
Alto	21	31,8
Total	66	100,0

*Fuente: elaboración propia*

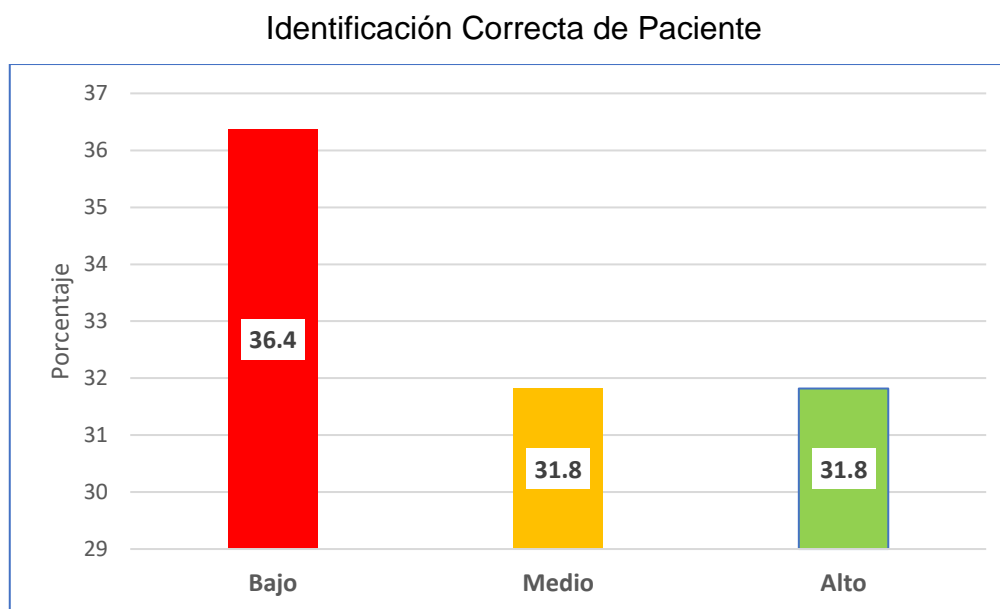


Figura 2: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 1 de la variable 1

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla 8 y gráfica 2 muestra que el 36,4% tienen un nivel de seguridad bajo, mientras que el nivel de seguridad medio y alto es del 31,8%. De estos resultados se puede concluir que el nivel de correcta identificación de los pacientes es bajo.

### 4.1.3 Resultados dimensión 2

Tabla 7: Frecuencia de la Comunicación Efectiva

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bajo	27	40.9
Medio	21	31.8
Alto	18	27.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

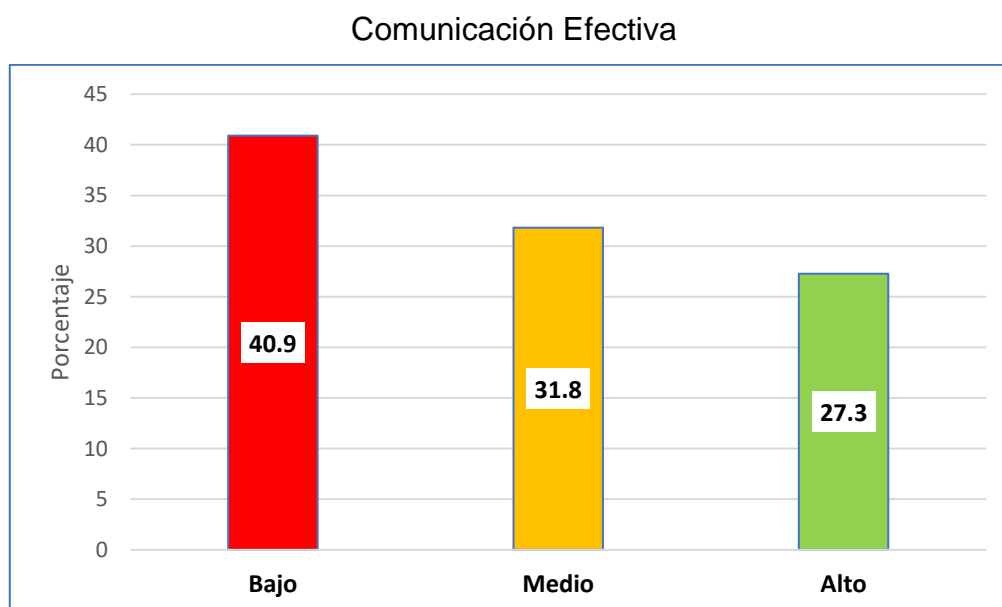


Figura 3: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 2 de la variable 1

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla N ° 09 muestra que el 40,9% tienen bajo nivel, un nivel intermedio y alto son 31,8% y 27,3%, respectivamente. Concluyendo que el nivel de comunicación efectiva tiende a ser bajo.

#### 4.1.4 Resultados dimensión 3

Tabla 8: Frecuencia de la Seguridad de los medicamentos de alto riesgo

	N	%
Bajo	28	42.4
Medio	21	31.8
Alto	17	25.8
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

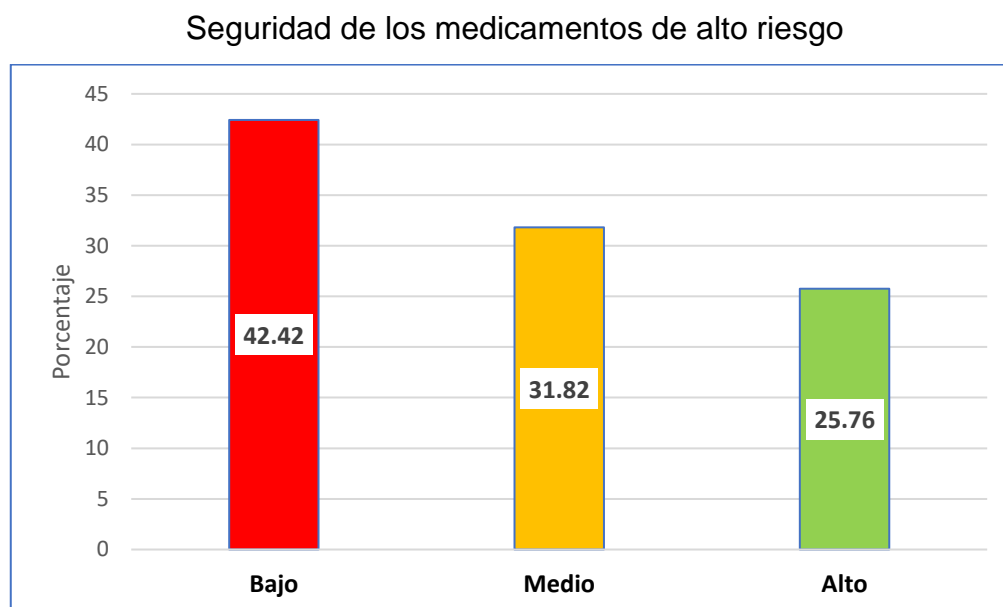


Figura 4: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 3 de la variable 1

#### INTERPRETACIÓN:

La tabla 10 muestra que el 42,4% tienen baja seguridad y en niveles intermedios y bajos está el 31,8% y 25,8%, respectivamente, concluyendo que el nivel de seguridad de los medicamentos de alto riesgo tiende a ser bajo.

#### 4.1.5 Resultados dimensión 4

Tabla 9: Frecuencia de la Seguridad de la Cirugía

	N	%
Bajo	23	34.8
Medio	21	31.8
Alto	22	33.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

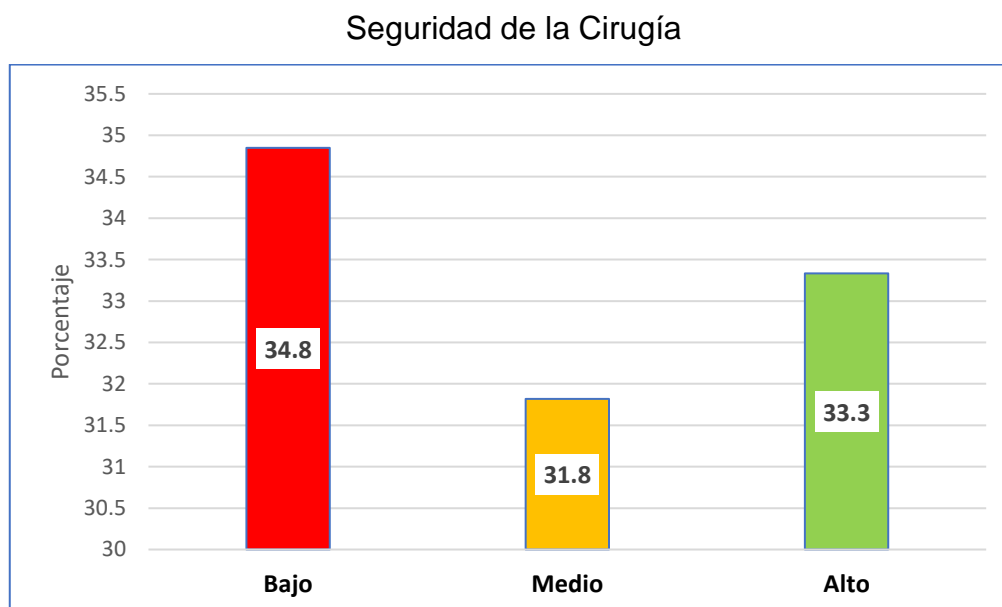


Figura 5: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 4 de la variable 1

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla 11 y gráfica 5 muestra que el 34,8% tienen baja seguridad quirúrgica, in nivel medio un 31,8% y alto un 33,3%. Concluyendo que el nivel de seguridad quirúrgica es bajo.

#### 4.1.6 Resultados dimensión 5

Tabla 10: Frecuencia de riesgo de infección asociado con la atención Sanitaria

	N	%
Bajo	23	34.8
Medio	23	34.8
Alto	20	30.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

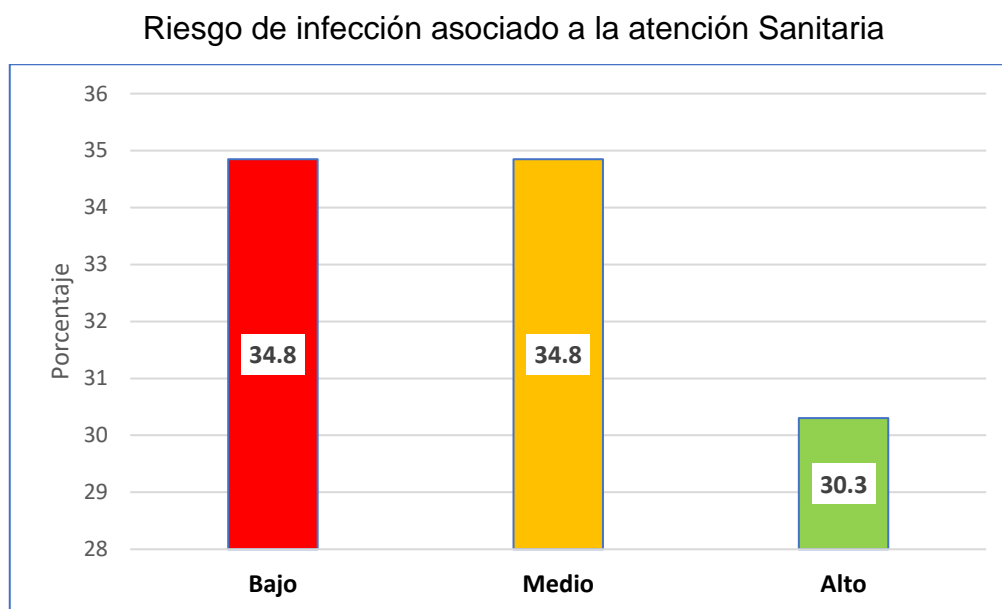


Figura 6: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 5 de la variable 1

#### INTERPRETACIÓN:

La tabla 12 muestra que el 34,8% tienen nivel bajo, un nivel medio el 34,8% y alto un 30,3%. Concluyendo que el nivel de riesgo de infección asociado con la atención médica tiene una tendencia a la baja.



#### 4.1.7 Resultados dimensión 6

Tabla 11: Frecuencia de Riesgo de Daño por Caídas

	N	%
Bajo	28	42.4
Medio	17	25.8
Alto	21	31.8
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

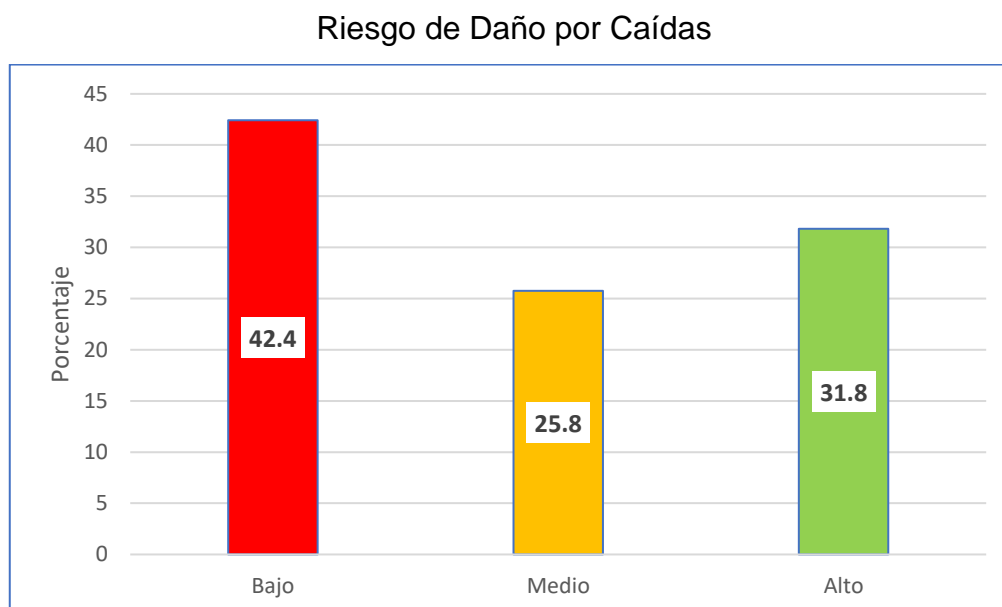


Figura 7: Gráfica de Frecuencias de la dimensión 6 de la variable 1

#### INTERPRETACIÓN:

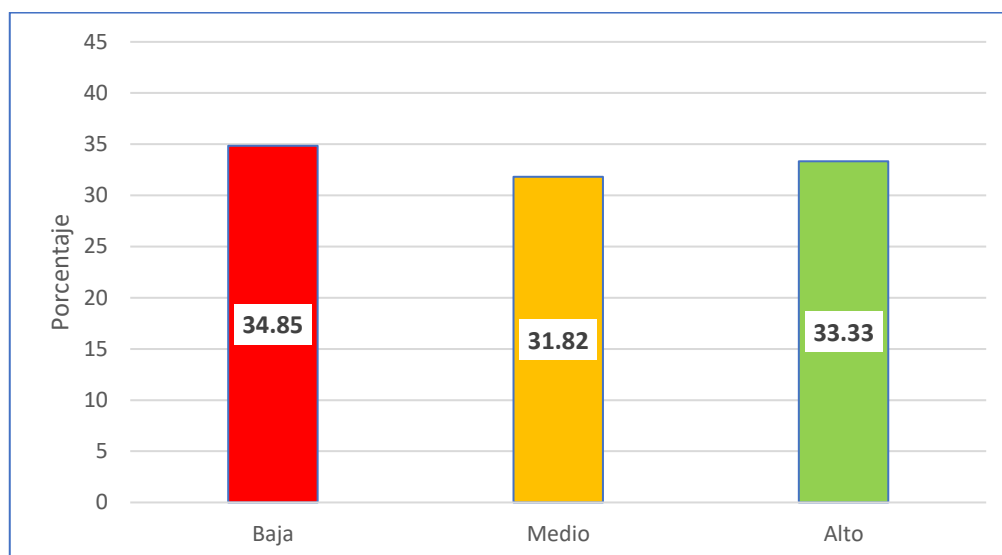
La Tabla N ° 13 muestra que el 42,4% nivel bajo, el 25,8% un nivel medio y el 31,8% nivel alto. Concluyendo que el nivel de riesgo de lesiones por caídas del personal médico es bajo.

#### 4.1.8 Resultado variable 2

Tabla 12: Frecuencia de la variable: Cultura de seguridad del paciente

	N	%
Negativo	23	34.8
Neutral	21	31.8
Positivo	22	33.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*



*Figura 8: Gráfica de Frecuencia de la variable 2*

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N ° 14 se observa que el 34,8% tienen un nivel negativo, mientras que el 31,8% un nivel neutral y el 33,3% un nivel positivo. Concluimos que el nivel de cultura de seguridad del paciente del personal de salud es negativo.

#### 4.1.9 Resultados Dimensión 1

Tabla 13: Frecuencia de la dimensión Trabajo en Equipo

	<b>N</b>	<b>%</b>
Negativo	40	60.6
Neutral	9	13.6
Positivo	17	25.8
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

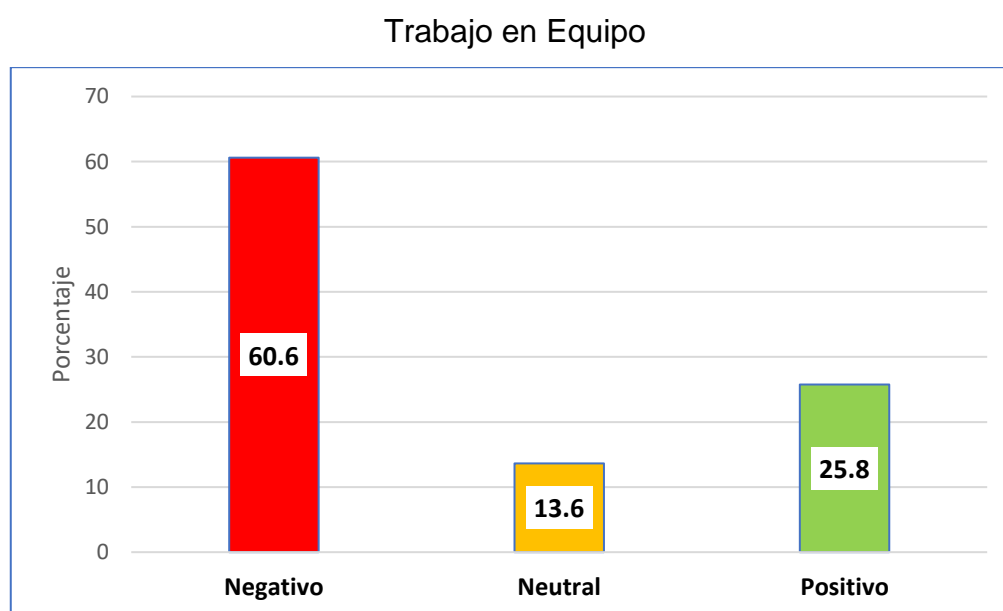


Figura 9: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 1 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en la Tabla 15 que el 60,6% tienen un nivel negativo, el 13,6% un nivel neutral y el 25,8% un nivel positivo. Concluyendo que el nivel de trabajo en equipo entre los trabajadores de la salud muestra una tendencia negativa.

#### 4.1.10 Resultados dimensión 2

Tabla 14: Frecuencia de la dimensión Presión y Ritmo de Trabajo

	N	%
Negativo	30	45.5
Neutral	21	31.8
Positivo	15	22.7
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

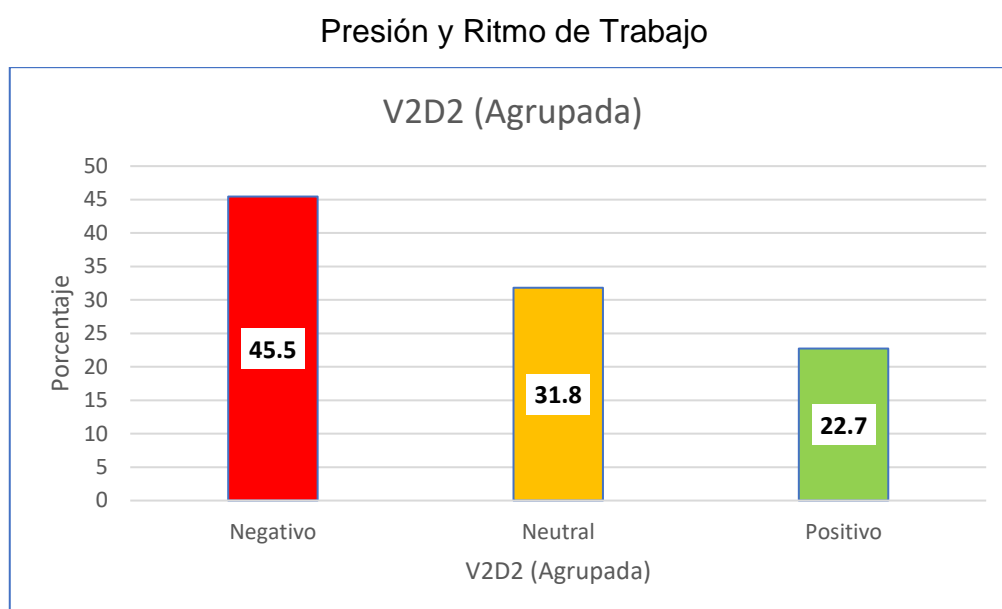


Figura 10: Gráfica de Frecuencia de la dimensión2 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

El Cuadro N ° 16 muestra que el 45,5% nivel negativo, mientras que el 13,4% se un nivel neutral y el 22,7% un nivel positivo. Concluyendo que la presión y el ritmo de trabajo de los trabajadores de la salud tienen tendencias negativas.

### 4.1.11 Resultados dimensión 3

Tabla 15: Frecuencia de Aprendizaje Organizativo y Mejora Continua

	N	%
Negativo	28	42.4
Neutral	22	33.3
Positivo	16	24.2
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

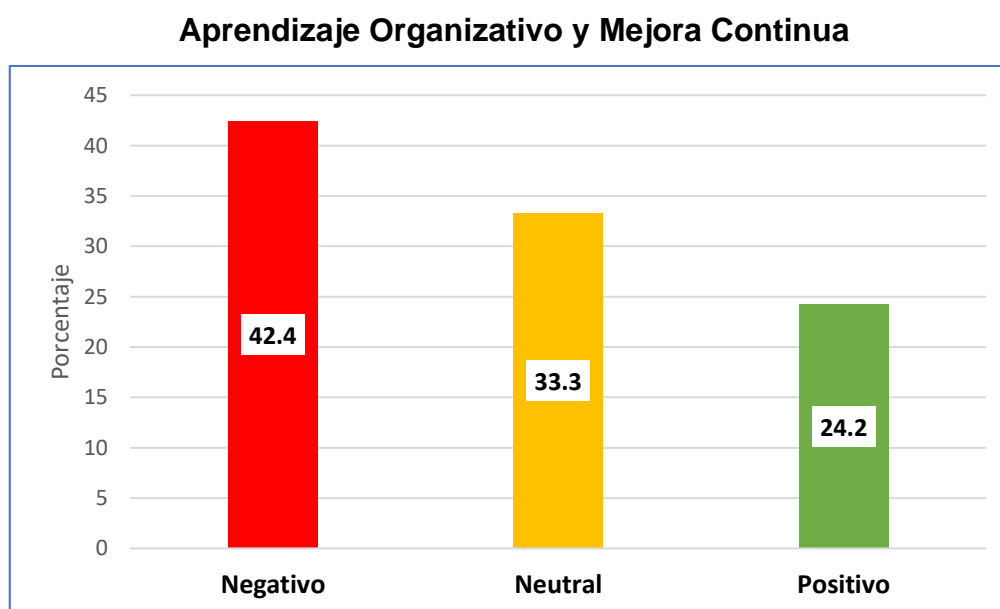


Figura 11: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 3 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN

La Tabla N ° 17 muestra que el 42,4% nivel negativo, mientras que el 33,3% nivel neutral y el 24,2% nivel positivo. Concluyendo que el nivel de aprendizaje organizacional y el nivel de mejora continua muestran una tendencia negativa.

#### 4.1.12 Resultados Dimensión 4

Tabla 16: Frecuencia de la dimensión Respuesta a los Errores

	N	%
Negativo	30	45.5
Neutral	22	33.3
Positivo	14	21.2
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

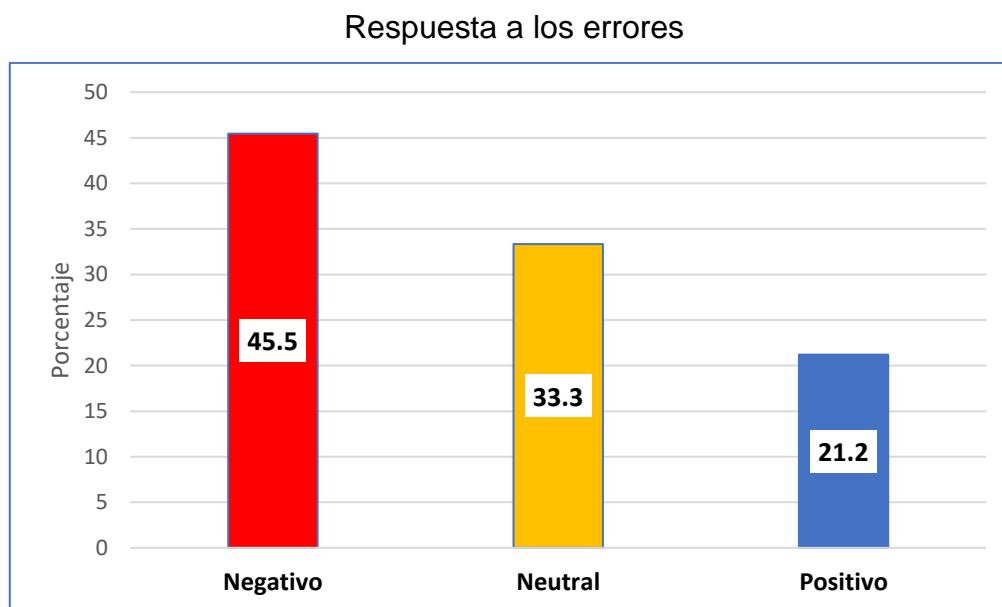


Figura 12: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 4 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla N ° 18 muestra que el 45,5% un nivel negativo, el 33,3% un nivel y una tasa positiva del 21,2%. Concluyendo que el nivel de respuesta a los errores muestra una tendencia negativa.

#### 4.1.13 Resultados Dimensión 5

Tabla 17: Frecuencia de dimensión Apoyo de los administrativos para la seguridad del paciente.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Negativo	25	37.9
Neutral	29	43.9
Positivo	12	18.2
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

Apoyo que dan los Administrativos para la Seguridad del Paciente

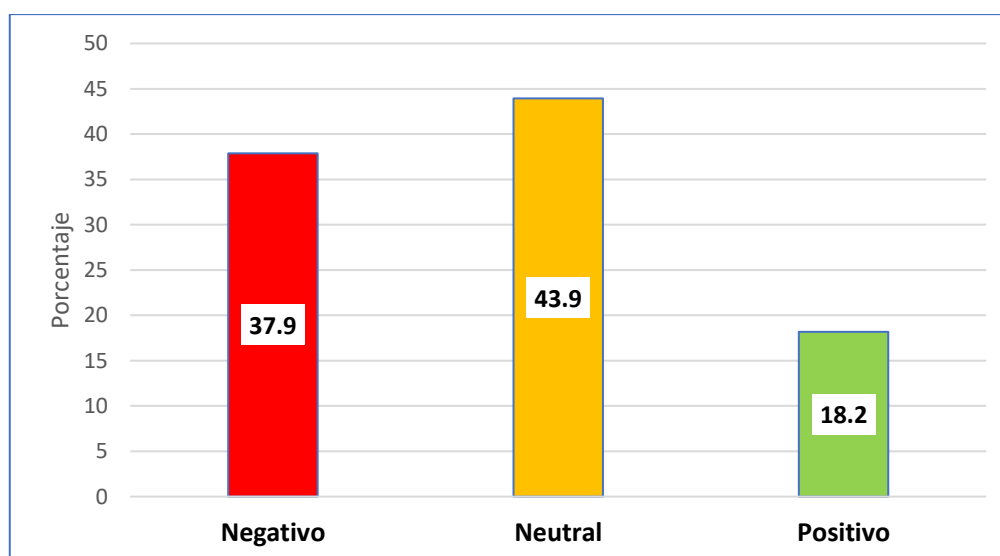


Figura 13: Gráfica de Frecuencia de la dimensión 5 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N°19 se observa que el 43.9% nivel neutral, mientras que el 37.9% en un nivel negativo y un 18.2% en un nivel positivo. Podemos concluyendo que el nivel de apoyo que dan los administrativos para la seguridad del paciente tiene tendencia de nivel negativo.

#### 4.1.14 Resultados Dimensión 6

Tabla 18: Frecuencia de la dimensión Comunicación acerca de Errores

	N	%
Negativo	24	36.4
Neutral	22	33.3
Positivo	20	30.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

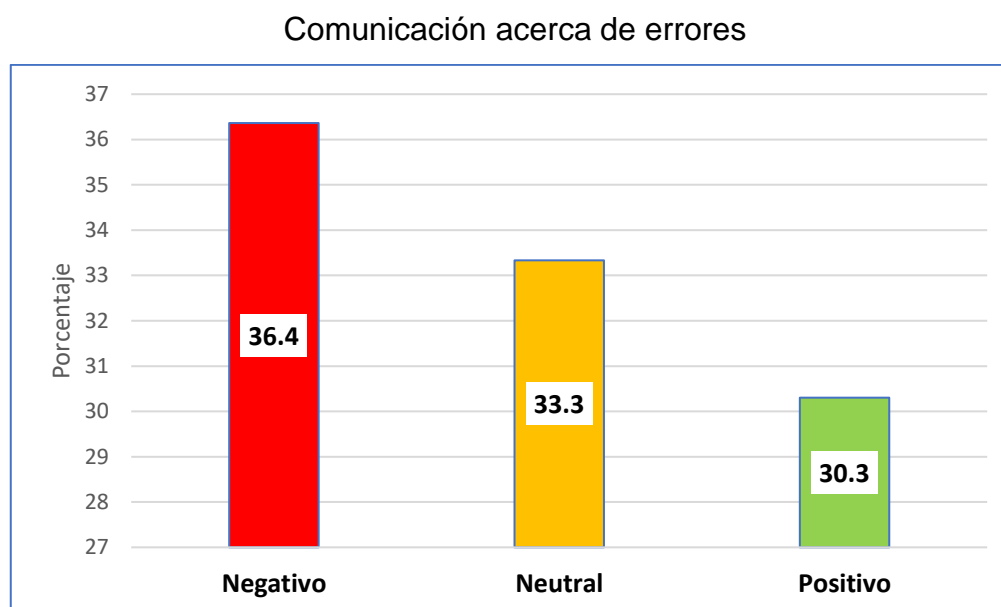


Figura 14: Gráfica de Frecuencias de la Dimensión 6 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en la Tabla 20 que el 36,4% nivel negativo, mientras que el nivel neutral fue del 33,3% y 30,3% fue positivo. Concluyendo que el nivel de falta de comunicación tiene una tendencia negativa.



#### 4.1.15 Resultados dimensión 7

Tabla 19: Frecuencia de la dimensión Comunicación y Receptividad

	<b>N</b>	<b>%</b>
Negativo	22	33.3
Neutral	22	33.3
Positivo	22	33.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

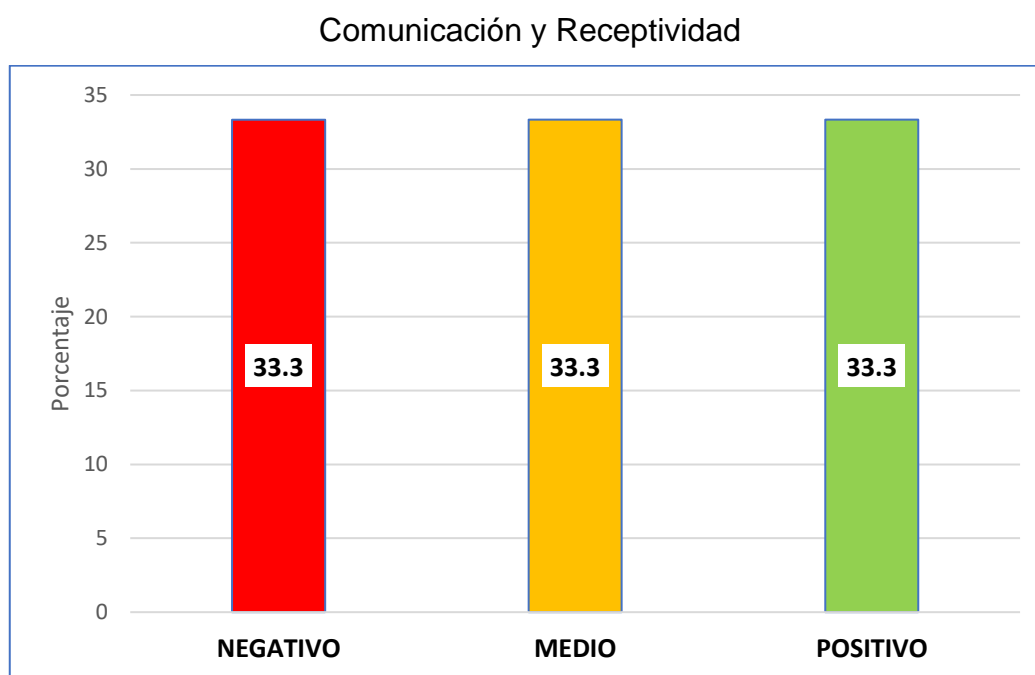


Figura 15: Gráfica de Frecuencias de la Dimensión 7

#### INTERPRETACIÓN:

Se puede ver en la Tabla 21 que el 33,3% nivel negativo, neutral y positivas simultáneamente. Concluyendo que la comunicación y aceptación misma tendencia, a saber, positiva, negativa y neutral.

#### 4.1.16 Resultado dimensión 8

Tabla 20: Frecuencia de la dimensión Información de Eventos relacionados con la seguridad del paciente.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Negativo	22	33.3
Neutral	26	39.4
Positivo	18	27.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

Información de Eventos relacionados con la seguridad del paciente

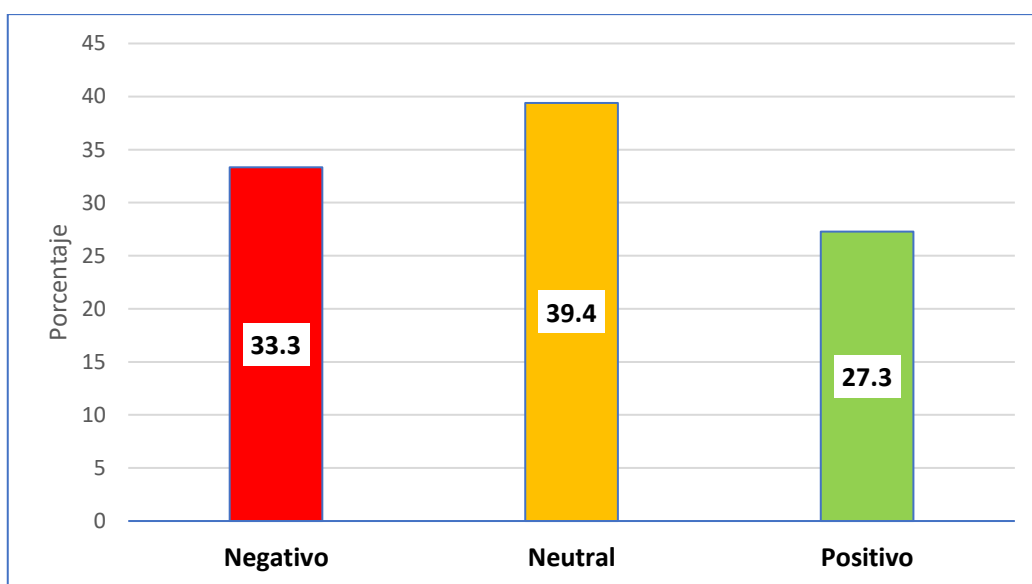


Figura 16: Gráfica de Frecuencias de la Dimensión 8 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla N ° 22 muestra que el 39,4% tienen un nivel neutral, mientras que el 33,3% un nivel negativo y el 27,3% nivel positivo. Concluyendo que el nivel de información relacionado con eventos de seguridad del paciente se encuentra en un nivel neutral.

#### 4.1.17 Resultados dimensión 9

Tabla 21: Frecuencia de la dimensión Apoyo de la Administración para la Seguridad del Paciente

	<b>N</b>	<b>%</b>
Negativo	22	33.3
Neutral	26	39.4
Positivo	18	27.3
Total	66	100.0

*Fuente: elaboración propia*

Apoyo de la Administración para la Seguridad del Paciente

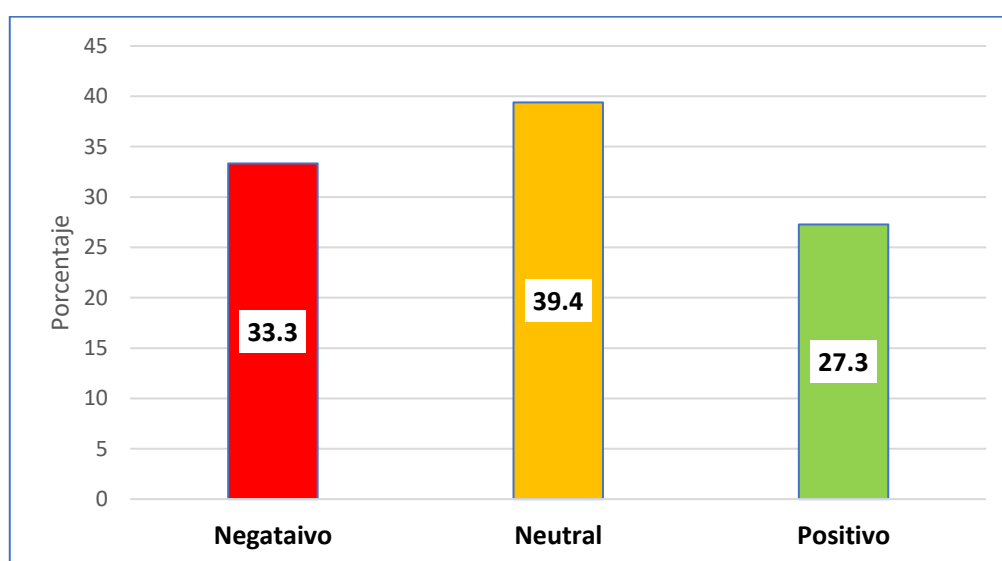


Figura 17: Gráfica de Frecuencias de la Dimensión 9 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla 23 y figura 17 muestra que el 39,4% tiene un nivel neutral y 33,3% nivel negativo y el 27,3% nivel positivo. Concluyendo que el nivel de apoyo que brinda la administración a la seguridad del paciente tiende a ser neutral para los trabajadores de la salud.

#### 4.1.18 Resultado dimensión 10

Tabla 22: Frecuencia de la dimensión Transferencia e intercambio de información.

	N	%
Negativo	24	36.4
Neutral	27	40.9
Positivo	15	22.7
Total	66	100.0

*Fuente: Elaboración propia*

Transferencia e intercambio de información.

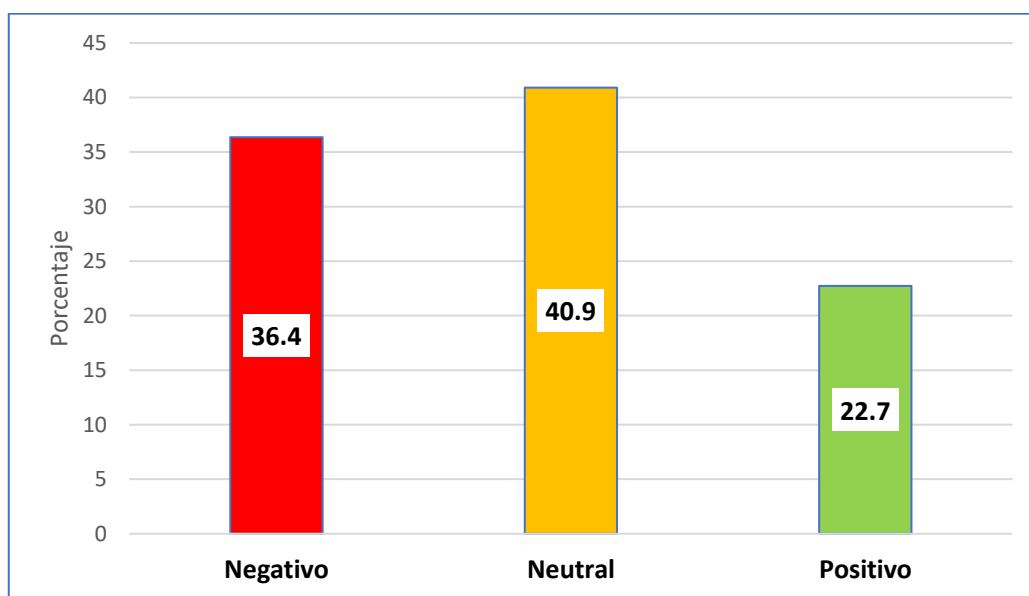


Figura 18: Gráfica de Frecuencias de la Dimensión 10 de la variable 2

#### INTERPRETACIÓN:

La Tabla 24 y figura 18 muestra que el 40,9% están en nivel neutral, el 36,4% en nivel negativo y el 22,7% en nivel positivo. Concluyendo que el nivel de transmisión de información y comunicación tiende a ser neutral.

## 4.2 Resultados de Tabulación cruzada de variables de investigación

Tabla 23: Tablas cruzadas para Variable 1 y variable 2

Aplicación de Prácticas Seguras		Cultura de Seguridad del Paciente			Total
		Negativo	Neutral	Positivo	
Bajo	Recuento	12	8	4	24
	% del total	18.2%	12.1%	6.1%	36.4%
Medio	Recuento	9	7	5	21
	% del total	13.6%	10.6%	7.6%	31.8%
Alto	Recuento	2	6	13	21
	% del total	3.0%	9.1%	19.7%	31.8%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla 25, el 7% aplica prácticas seguras en un nivel medio cuando la cultura de seguridad del paciente es neutral, el 18.2% se da en un nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 19.7% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.

Tabla 24: Tablas cruzadas para la Dimensión 1 y la variable 2

Identificación correcta del paciente	Cultura de Seguridad del Paciente			Total	
	Negativo	Neutral	Positivo		
Bajo	Recuento	13	9	2	24
	% del total	19.7%	13.6%	3.0%	36.4%
Medio	Recuento	6	7	8	21
	% del total	9.1%	10.6%	12.1%	31.8%
Alto	Recuento	4	5	12	21
	% del total	6.1%	7.6%	18.2%	31.8%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 26, observamos que un 10.6% identifica correctamente al paciente en un nivel medio cuando la cultura de seguridad es neutral, el 19.7% se da en nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 18.2% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.

Tabla 25: Tablas cruzadas para la Dimensión 2 y Variable 2

Comunicación Efectiva		Cultura de Seguridad del Paciente			Total
		Negativo	Neutral	Positivo	
Bajo	Recuento	14	9	4	27
	% del total	21.2%	13.6%	6.1%	40.9%
Medio	Recuento	5	8	8	21
	% del total	7.6%	12.1%	12.1%	31.8%
Alto	Recuento	4	4	10	18
	% del total	6.1%	6.1%	15.2%	27.3%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 27, se observa que el 12.1% aplica la comunicación efectiva en un nivel medio cuando la cultura de seguridad del paciente es neutral, el 21.2% se da en un nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 27.3% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.

Tabla 26: Tablas cruzadas para la Dimensión 3 y Variable 2

Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo		Cultura de Seguridad del Paciente			Total
		Negativo	Neutral	Positivo	
Bajo	Recuento	12	10	6	28
	% del total	18.2%	15.2%	9.1%	42.4%
Medio	Recuento	8	6	7	21
	% del total	12.1%	9.1%	10.6%	31.8%
Alto	Recuento	3	5	9	17
	% del total	4.5%	7.6%	13.6%	25.8%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N°28, se observa que el 9.1% se da en un nivel medio cuando la V2 es neutral, el 18.2% en un nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 13.6% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.



Tabla 27: Tablas cruzadas para la Dimensión 4 y Variable 2

Seguridad de la Cirugía		Cultura de Seguridad del Paciente			Total
		Negativo	Neutral	Positivo	
Bajo	Recuento	7	8	8	23
	% del total	10.6%	12.1%	12.1%	34.8%
Medio	Recuento	9	4	8	21
	% del total	13.6%	6.1%	12.1%	31.8%
Alto	Recuento	7	9	6	22
	% del total	10.6%	13.6%	9.1%	33.3%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 29, se observa que el 6.1% aplica la seguridad de la cirugía en un nivel medio cuando la V2 es neutral, el 10.6% en un nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 9.1% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.

Tabla 28: Tablas cruzadas para la Dimensión 5 Variable 2

Riesgo de Infección Asociada a la Atención Sanitaria	Cultura de Seguridad del Paciente			Total	
	Negativo	Neutral	Positivo		
Bajo	Recuento	15	6	2	23
	% del total	22.7%	9.1%	3.0%	34.8%
Medio	Recuento	5	10	8	23
	% del total	7.6%	15.2%	12.1%	34.8%
Alto	Recuento	3	5	12	20
	% del total	4.5%	7.6%	18.2%	30.3%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 30, se observa que el 15.2% se da en un nivel medio cuando la V2 es neutral, el 22.7% en un nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 18.2% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.

Tabla 29: Tablas cruzadas para la Dimensión 6 Variable 2

Riesgo de Daño por Caídas	Cultura de Seguridad del Paciente			Total	
	Negativo	Neutral	Positivo		
	Recuento	15	9		4
% del total	22.7%	13.6%	6.1%	42.4%	
Bajo	Recuento	5	7	5	17
	% del total	7.6%	10.6%	7.6%	25.8%
Medio	Recuento	3	5	13	21
	% del total	4.5%	7.6%	19.7%	31.8%
Alto	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%
Total	Recuento	23	21	22	66
	% del total	34.8%	31.8%	33.3%	100.0%

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 31, se observa que el 10.6% se da en un nivel medio cuando la V2 es neutral, el 22.7% en un nivel bajo cuando la V2 es negativa y el 19.7% en un nivel alto cuando la V2 es positiva.

### 4.3 Prueba de Normalidad

Se realizó con el fin de realizar el análisis inferencial, planteando las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: Los datos de la muestra provienen de una distribución normal.

Hipótesis Alternativa: Los datos de la muestra no provienen de una distribución normal.

Comprobando la normalidad con nivel de significancia de 0.05 de error.

Según el estadístico de prueba se usará en este caso la prueba de Kolmogorov – Smirnov, por ser el número de encuestados mayor a 50.

**Tabla 30: Prueba de Normalidad**

Variables de Estudio	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Aplicación de Prácticas Seguras	.238	66	.000
Cultura de Seguridad del Paciente	.230	66	.000

#### INTERPRETACIÓN:

Dado que los valores de Sig = P-valor es de 0.000 y es menor al Sig = P-valor < 0.05 se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se comprueba que los datos de la muestra no provienen de una distribución normal. Por lo que se concluye, dado que mis datos no son normales para comprobar mis hipótesis hare uso de estadísticas no paramétrica RHO Sperman.

#### 4.4 Prueba de Correlación de Hipótesis

##### 4.4.1 Correlación de hipótesis general

**Ho:** No existe una relación significativa entre ambas variables

**Hi:** Existe una relación importante entre ambas variables

Grado de significancia: 0.05

**Tabla 31: Correlación de la Hipótesis General**

			Prácticas Seguras	Cultura de Seguridad del Paciente
Rho de Spearman	Prácticas Seguras	Coeficiente de correlación	1.000	.418**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.418	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla 33 de correlaciones RHO Sperman en ambas variables el coeficiente es de 0.418 correspondiente a una correlación positiva moderada. Así mismo, siendo el valor de Sig es de 0.000 < 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por existir una relación significativa entre las variables, y porque a una mayor práctica segura, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

#### 4.4.2 Correlación Hipótesis específica 1:

**Ho:** No existe relación significativa entre la dimensión 1 y la variable 2

**Hi:** Existe relación significativa entre la dimensión 1 y la variable 2

Grado de significancia: 0.05

Tabla 32: Correlación de hipótesis específica 1

			Identificación correcta del paciente	Cultura de Seguridad del Paciente
Rho de Spearman	Identificación correcta del paciente	Coeficiente de correlación	1.000	.422
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.422	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N°34 el RHO Sperman resulto un coeficiente de correlación de 0.422 siendo una correlación positiva moderada. Y valor de Sig es de 0.000 < 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, lo que indica que existe relación significativa entre la identificación correcta del paciente y la cultura de seguridad del paciente. Además, a una mayor identificación correcta del paciente, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

#### 4.4.3 Correlación Hipótesis específica 2:

**ÉI:** No existe una relación significativa entre dimensión 2 y la variable 2

**HI:** Existe una relación importante entre la dimensión 1 y la variable 2

Grado de significancia: 0.05

Tabla 33: Correlación de hipótesis específica 2

			<b>Comunicación Efectiva</b>	<b>Cultura de Seguridad del Paciente</b>
Rho de Spearman	Comunicación Efectiva	Coeficiente de correlación	1.000	.362
		Sig. (bilateral)	.	.003
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.362	1.000
		Sig. (bilateral)	.003	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 35 de correlaciones RHO Spearman, el coeficiente es de 0.362 lo que equivale a una correlación positiva y el valor de Sig es de 0.003 < 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir hallamos relación significativa entre las variables, por lo que, a una mayor comunicación efectiva, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

#### 4.4.4 Correlación Hipótesis específica 3:

**Ho:** No existe relación significativa la dimensión 3 y la variable 2

**Hi:** Existe relación significativa entre la dimensión 3 y la variable 2

Grado de significancia: 0.05

Tabla 34: Correlación de hipótesis específica 3

			seguridad de los medicamentos de alto riesgo	Cultura de Seguridad del Paciente
Rho de Spearman	Seguridad de los medicamentos de alto riesgo	Coeficiente de correlación	1.000	.263
		Sig. (bilateral)	.	.033
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.263	1.000
		Sig. (bilateral)	.033	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N°36 de correlaciones RHO Sperman, el coeficiente es de 0.263 lo que equivale a una correlación positiva baja y el valor de Sig es de 0.033 < 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir existe relación significativa ambas variables, ya que, a una mayor seguridad de los medicamentos de alto riesgo, la cultura de seguridad del paciente será mayor.



#### 4.4.5 Correlación Hipótesis específica 4:

**ÉI:** No existe una relación significativa entre la dimensión 4 y la 2da. variable

**HI:** Existe una relación importante dimensión 4 y la 2da. Variable.

Grado de significancia: 0.05

Tabla 35: Correlación de hipótesis específica 4

			Cirugía Segura	Cultura de Seguridad del Paciente
Rho de Spearman	Cirugía Segura	Coeficiente de correlación	1.000	-.045
		Sig. (bilateral)	.	.722
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.422	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 37 de correlaciones RHO Sperman coeficiente es de -0.045 lo que equivale a una correlación negativa baja y el valor de Sig es de 0.722 > 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, es decir que no existe relación significativa entre ambas variables. Lo que nos indica a una menor cirugía segura, la cultura de seguridad del paciente no será menor

#### 4.4.6 Correlación Hipótesis específica 5:

**Ho:** No existe relación significativa entre la dimensión 5 y la variable 2

**Hi:** Existe relación significativa entre la dimensión 5 y la variable 2

Tabla 36: Correlación de hipótesis específica 5

			Riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria	Cultura de Seguridad del Paciente
Rho de Spearman	Riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria	Coeficiente de correlación	1.000	.502
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.502	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 38 de correlaciones RHO Spearman, el coeficiente es de 0.502 lo que equivale a una correlación positiva y el valor de Sig es de 0.000 < 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir existe relación significativa entre ambas variables, que indica que, a un mayor control del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

#### 4.4.7 Correlación Hipótesis específica 6:

**Ho:** No existe relación significativa la dimensión 6 y la segunda variable.

**Hi:** Existe relación significativa entre la dimensión 6 y la segunda variable.

Grado de significancia: 0.05

Tabla 37: Correlación de hipótesis específica 6

			Riesgo de daño al paciente causado por caídas	Cultura de Seguridad del Paciente
Rho de Spearman	Riesgo de daño al paciente causado por caídas	Coeficiente de correlación	1.000	.447
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	66	66
	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	.447	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

#### INTERPRETACIÓN:

Según la tabla 39 de correlaciones RHO el coeficiente es de 0.447 lo que equivale a una correlación positiva moderada y el valor de Sig es de  $0.000 < 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir existe relación significativa entre ambas variables, e indica que a una mayor el control del riesgo de daño al paciente causado por caídas, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

## V. DISCUSIÓN

El estudio realizado reúne información valiosa para las variables usadas, pues no se encontró ninguna investigación previa de las dos en conjunto, es por ello que se creyó importante realizar esta tesis, ya que a nivel mundial la seguridad del paciente es considerada sumamente para evitar eventos adversos y disminuir los costos derivados de las prácticas inseguras en la atención de salud (1); pero en esta investigación las prácticas seguras es tratada como los objetivos internacionales planteadas por la OMS con la finalidad de relacionarla con todo el conjunto de valores y acciones considerados como cultura de seguridad del paciente.

En cuanto al Minsa, mejorar la seguridad del paciente es prioritario, y por esta razón debería de enfocar esfuerzos en implementar nuevas políticas que promuevan la prevención de eventos adversos y promociones la seguridad de los pacientes a nivel de toda institución sanitaria. (2).

El objetivo general del estudio fue determinar si existía una relación entre la primera variable aplicación de prácticas seguras y la segunda variable cultura de seguridad del paciente. Los resultados descriptivos nos revelaron que el 36.4% tiene un nivel bajo, 30.3% un nivel medio y un 33.3% un nivel alto en la aplicación de prácticas seguras y en el caso de la variable cultura de seguridad del paciente un 34.8% tienen un nivel negativo, presentándose la misma tendencia en 5 de sus 10 dimensiones: trabajo en equipo (60.6%), Presión y ritmo de trabajo (45.5%), aprendizaje organizativo y mejora continua (42.4%), respuesta a errores (45.5%), comunicación acerca de errores (36.4%).

También a través de las tablas cruzadas, se halló que la aplicación de prácticas seguras se da en un nivel bajo en un 21.2% de los encuestados cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo, y solo un 15.2% aplica prácticas seguras cuando el nivel de cultura de seguridad es alto. Lo cual indica que la mayoría de los encuestados percibe una cultura de seguridad de la paciente negativa lo que estaría llevando a que la aplicación de prácticas seguras sea baja.

Lo anterior confirma lo señalado en los informes de la OMS sobre seguridad del paciente en el 2019, donde claramente indica que los errores en la atención de salud se mantienen a pesar de los esfuerzos realizados a través de las políticas de gobierno y recomiendan a que se tomen medidas más enfocadas en la capacitación y apoyo al personal sanitario.

Este resultado difiere un poco con lo encontrado por Castro (8) donde el 50% del personal encuestado cumplían con las acciones seguras y oportunas para la seguridad del paciente, por ello sugirieron que los resultados podían mejorarse de alguna forma si se influía o consideraba aumentar la dotación de personal para las actividades diarias. En el caso de Batista (7) que encontró respuestas positivas mayor o igual a 75% en temas fuertes de la seguridad del paciente y hallaron que hubo una menor observación negativa del personal enfermero a diferencia del personal médico.

Además, el grado de asociación entre ambas variables es de 0.418, indica que existe una relación positiva o directa y que, a una mayor práctica segura, la cultura de seguridad del paciente será mayor.

En cuanto al objetivo específico 1, que determina si existe la relación entre la identificación correcta del paciente y la cultura de seguridad del paciente, se encontró a un 36.4 % con un nivel bajo de aplicación de identificación correcta del paciente; al analizar las tablas cruzadas encontramos que el personal de salud aplica la identificación correcta del paciente en un nivel bajo cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo en un 19.7% y en un 18.2% cuando el nivel es positivo.

Haciendo un análisis vemos que el Minsa ha tenido a bien colocar como parte de evaluación en las rondas de seguridad del paciente, otorgándole así, la importancia que tiene para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente.

Además, concordaría con lo encontrado por Ramírez (9) que encontró en su estudio que casi el 75% de los encuestados no había reportado ningún caso de evento adversos en los últimos años.

En lo que respecta al objetivo específico 2, que determina si existe la relación entre la comunicación efectiva y la cultura de seguridad del paciente, se encontró a un 40.9 % con un nivel bajo de aplicación de comunicación efectiva; al analizar las tablas cruzadas encontramos que el personal sanitario aplica la comunicación efectiva en un nivel bajo cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo en un 21.2% y en un 15.2% cuando el nivel es positivo.

La Joint Commission está convencido que una buena comunicación entre el equipo de profesionales de salud es importante para disminuir errores de comunicación de información sobre el paciente especialmente de datos críticos que pueden causar la diferencia entre la recuperación o la complicación del estado de salud del paciente durante su estancia en un servicio sanitario.

Así también, Batista (7) encontró en cuanto a que el personal de salud este tenía una débil percepción de la dimensión comunicación de eventos adversos. Esto apoyaría nuestro resultado donde también nos resulta bajo el nivel de comunicación efectiva entre los profesionales de salud.

En lo referente al objetivo específico 3, que determina si existe la relación entre la seguridad de los medicamentos de alto riesgo y la cultura de seguridad del paciente, se encontró a un 42.4 % con un nivel bajo de aplicación de seguridad de los medicamentos de alto riesgo; al analizar las tablas cruzadas encontramos que el personal de salud aplica la seguridad de medicamentos de alto riesgo en un nivel bajo cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo en un 18.2% y en un 13.6% cuando el nivel es positivo.

El Minsa tiene políticas sobre las buenas prácticas de almacenamiento de los productos farmacéuticos lo que fortalecería la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Pero al parecer solo los profesionales de esta área estarían cumpliendo con los estándares establecidos, y los demás grupos profesionales estarían en desventaja de no contar y/o aplicar estas disposiciones.

Algo parecido encontró De La Puente (15) en su estudio donde el 14.28% tenía coincidencias de error en las dosis, 11.9% omisión de un medicamento, un 11.62% por interrupciones o distracciones al momento de la administración. Ratificando la importancia de contar con protocolos y guías para esta actividad sea segura.

En lo que respecta al objetivo específico 4, que determina si existe la relación entre la seguridad de la cirugía y la cultura de seguridad del paciente, se encontró a un 34.8 % con un nivel bajo de aplicación de seguridad de la cirugía; al analizar las tablas cruzadas encontramos que el personal de salud aplica la seguridad de la cirugía en un nivel bajo cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo en un 10.6% y en un 9.1% cuando el nivel es alto.

El Minsa cuenta con una norma vigente sobre la obligatoriedad de aplicar una lista de verificación para que una intervención quirúrgica sea segura, además que es una documentación legal dentro de la normativa de la historia clínica, todo con el fin de que el paciente esté seguro frente a una cirugía y que se documente el antes, el durante y el después del procedimiento quirúrgico.

Lo contrario sucede con lo hallado por Álvaro (12) en su estudio donde el personal una respuesta positiva mayor a 50% como cultura adecuada en el área quirúrgica

En lo que respecta al objetivo específico 5, que determina si existe la relación entre el riesgo de infección asociada a la atención sanitaria y la cultura de seguridad del paciente, se encontró a un 34.8 % con un nivel bajo y medio de aplicación de riesgo de infección asociada a la atención sanitaria; al analizar las tablas cruzadas encontramos que el personal de salud aplica el riesgo de infección a la atención sanitaria en un nivel bajo cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo en un 22.7% y en un 18.2% cuando el nivel es alto.

Actualmente existe un documento técnico vigente para la vigilancia, prevención y el control de infecciones asociadas a la atención de salud que pone énfasis en el lavado de manos, que también tiene un documento normativo para su aplicación y evaluación de uso obligatorio en toda institución de salud con la finalidad de

disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria en pacientes hospitalizados.

Lo que resalta la importancia del lavado de manos es Zavala (30) en su estudio sobre la higiene de manos donde el 22.6% no realiza la técnica de lavado de manos y solo 6% si se lavan las manos mediante la técnica correcta. Lo que nos indica que a pesar del conocimiento sobre la forma de lavarse las manos un porcentaje considerable no aplica con la forma ideal del lavado, de que el conocimiento no te asegura la disminución del riesgo de infectar a un paciente en la jornada de trabajo con el usuario.

En lo que respecta al objetivo específico 6, que determina si existe la relación entre el riesgo de daños por caídas y la cultura de seguridad del paciente, se encontró a un 42.4% con un nivel bajo de aplicación de riesgo de daño por caídas; al analizar las tablas cruzadas encontramos que el personal de salud aplica el riesgo de daño por caídas en un nivel bajo cuando el nivel de cultura de seguridad es negativo en un 22.7% y en un 19.7% cuando el nivel es alto.

La Superintendencia Nacional de Salud desde el 2014 considera como infracción grave una caída de paciente que cause lesiones graves o muerte como producto de la caída en la institución. Lo que nos permite prever aplicando medidas de protección para evitar accidentes de este tipo y brindar seguridad para aquellos que ingresan al as instituciones de salud.

Batista (7) también concluyó en su estudio que el personal de salud tenía una débil percepción de la comunicación de eventos adversos. Lo que nos lleva a pensar que al no emitir información sobre incidentes o eventos que pudieran perjudicar la atención al usuario, existe mayor riesgo de que sufran daño en cualquier punto de su atención.

Las estrategias de la OMS para disminuir en gran medida los errores y eventos adversos en la atención sanitaria, ha llevado a la mayoría de países a realizar



políticas específicas para su control y monitoreo de su efectividad. Lamentablemente en nuestro país no existe un plan nacional sobre el tema desde hace 15 años y otras iniciativas han sido derogadas dejando un vacío legal y normativo en cuestiones de este punto a pesar que hay evidencia científica internacional del impacto positivo e importante en la disminución del costo tanto para la persona, su familia y la institución, en consecuencia, el compromiso de todos en la mejora de su cultura de seguridad del paciente.

Es por ello, la importancia de dar a conocer si la aplicación de una práctica segura ayuda a reducir el riesgo de eventos adversos causados por la atención médica y si estaría relacionada a que valores personales y grupales determinarían el comportamiento y la gestión de las instituciones desde la perspectiva de la seguridad del paciente.

Así es que, debido a la información presentada y a mi experiencia como profesional enfermera en varias instituciones públicas como privadas donde la atención asistencial se da desde un consultorio externo hasta un área de mayor complejidad como los cuidados intensivos donde el paciente espera recibir ayuda que desvíe el curso de su dolencia y mejore su condición de salud o su curación en un ambiente donde no tenga que pedir que no se le haga daño sino que sea seguro en todos los sentidos, así es que decidí realizar una investigación con una metodología es de tipo básica, diseño no experimental, de enfoque cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal, utilizando una muestreo por conveniencia de tipo intencional, y que al ser a criterio del investigador podría haber sesgos de información. Para llevar a cabo la investigación, se aplicó un cuestionario para cada variable a 66 personal de salud, los instrumentos previamente validados y sometidos a confiabilidad; así como el proceso de datos mediante SPSS25 que permitieron el análisis para determinar la existencia de una relación significativa entre ambas variables.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, comprobamos que el personal de salud encuestado presenta un bajo nivel de aplicación de prácticas seguras, así como un nivel negativo de cultura de seguridad. Lo que pone en evidencia que las autoridades realicen políticas claras de la seguridad del paciente y sobre la

necesidad de educar y comunicar información necesaria para mejorar y fortalecer una cultura de seguridad positiva constructiva en una forma de mejora continua.

También podemos decir que, los resultados obtenidos muestran que el hecho de haber recibido formación profesional y especialista no es tan relevante conocer sobre la importancia de tener un sistema que proteja y mantenga seguro al paciente en todas sus actividades asistenciales y administrativas. Lo que conlleva a contar con autoridades que conozcan de la importancia de tener un sistema de seguridad del paciente bien establecido como parte de la administración efectiva de un hospital.

Finalmente, con todo lo detallado como evidencia teórica y con todos los resultados obtenidos, se pudo determinar que en la seguridad del paciente se requiere un mayor compromiso e interés del Estado, en gestionar acertadamente las políticas de salud que nos lleven a una concientización real de los profesionales de la salud hacia una cultura de seguridad del paciente para así disminuir costos que puedan ser invertidos en otras necesidades esenciales en la salud de todos los peruanos.

## VI. CONCLUSIONES

**Primera:** La hipótesis general, obtuvo el factor correlacional Rho Spearman de 0.418, para ambas variables, lo que demuestra que existe una correlación positiva moderada. Así mismo, en la tabla 32 el grado de Sig. Es de  $0.000 < 0.05$ , aceptando la hipótesis planteada en el estudio, demostrando la existencia de la significancia relacional de las variables prácticas seguras y cultura de seguridad del paciente.

**Segunda:** La hipótesis específica 1, tuvo un coeficiente mediante el RHO Sperman de 0.422, que demuestra que existe una correlación positiva moderada. También en la tabla 33 la valoración Sig es de  $0.000 < a 0.05$ , aceptando la hipótesis planteada a principio del estudio, demostrando que hay significativa relación de la dimensión 1 con la 2da. Variable.

**Tercera:** La hipótesis específica 2, determinada por RHO Sperman en un factor correlacional de 0.362, equivalente a positiva moderada y una valoración Sig  $0.003 < 0.05$ , aceptando la hipótesis planteada a principios del estudio, demostrando la existencia significativa relacional entre las variables comunicación efectiva y cultura de seguridad del paciente.

**Cuarto:** La hipótesis específica 3, obtuvo por RHO Sperman un valor correlacional de 0.263, que viene a ser positiva baja y un valor Sig:  $0.033 < 0.05$  que nos lleva a aceptar la hipótesis planteada en el estudio, demostrando que hay una significancia en la relación de las variables seguridad de medicamentos de alto riesgo y cultura de seguridad del paciente.

**Quinto:** La hipótesis específica 4, obtuvo mediante RHO Sperman un factor correlacional de -0.045, siendo negativa baja y un valor Sig:  $0.722 > a 0.05$  aceptando la hipótesis nula, demostrando que no hay significancia en la relación entre las variables cirugía segura y cultura de seguridad del paciente.

**Seis:** La hipótesis específica 5, logró mediante Rho Sperman un factor correlacional de 0.502, siendo esta positiva moderada, Así mismo, el valor de Sig es de  $0.000 <$

0.005, aceptando la hipótesis planteada en el estudio, demostrando que si existe una relación significativa del riesgo de infecciones asociadas a atención sanitaria y la cultura de seguridad del paciente.

**Séptimo:** La hipótesis específica 6, logró determinar mediante Rho Serman el factor correlacional de 0.447, siendo esta positiva y un valor de Sig de  $0.000 < \alpha 0.05$ , que nos lleva a aceptar la hipótesis planteada en el estudio, demostrando la existencia de una relación significativa la variable riesgo de daño al paciente causado por caídas y la variable cultura de seguridad del paciente.

## VII. RECOMENDACIONES

**Primera:** Al Ministerio de Salud que realice la normativa en tema de seguridad del paciente que llene el vacío normativo que tenemos desde hace 15 años. Y al Director Ejecutivo del Hospital Nacional que fortalezca el programa para la seguridad del paciente donde se enfatice las prácticas seguras basadas en las metas internacionales y enfocado en la notificando incidentes o casos de sucesos adversos sucedidos en el área de trabajo que sea incentivado por los coordinadores la evaluación y solución en la solución de dificultades relacionados con riesgos de daño o errores para que haya compromiso administrativo.

**Segunda:** A la unidad de calidad encargada de realizar el proceso de identificación del paciente como práctica segura para disminuir los errores de identificación mediante capacitaciones e implementación de un sistema de identificación del paciente.

**Tercera:** A la oficina de recursos humanos o a quien corresponda realizar capacitación o talleres para mejorar la comunicación efectiva entre los cambios de turno.

**Cuarto:** A la unidad de calidad que formulen un proceso para fortalecer el sistema del cuidado de los medicamentos de alto riesgo mediante un proceso claro.

**Quinto:** Al servicio de centro quirúrgico, fortalecer el sistema de cirugía segura mediante la capacitación y fomentar la responsabilidad entre los profesionales y la coordinación. Se recomienda el soporte de la parte dirección y coordinadores ya que los resultados indican que el apoyo que brindan al personal de salud cuando existen eventos adversos o incidentes es neutral o de nivel medio.

**Seis:** A los jefes de los servicios asistenciales, fomentar las prácticas seguras con evidencia científica y mediante capacitaciones y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente realizar las mejoras para disminuir los riesgos de infecciones relacionadas con la atención asistencial.

**Séptimo:** A la unidad de calidad realizar un proceso sobre medidas de prevención para evitar el daño relacionado con caídas y mediante capacitaciones y talleres implementar medidas efectivas para que el paciente no sufra este tipo de eventos dentro de su estancia en el hospital.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Internet. 2004. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Ministerio de Salud. Observatorio de la Calidad en Salud. Seguridad del Paciente. Internet. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/calidad/?op=34#Garant%C3%ADa%20y%20Mejora>
3. Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, Manual de Operaciones. 2016.
4. OMS. Seguridad del Paciente: Hechos clave. Internet. 2019. Disponible en <https://www.caeme.org.ar/10-claves-sobre-la-seguridad-del-paciente/>
5. OMS. IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. 2010. Ginebra. Disponible en [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
6. Luengas Amaya, Sergio “Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos”, Revista Vía Salud N°48:6-21, 2009; Abr-Jun. Disponible en: <https://oes.org.co/portfolio/revista-via-salud-no48-2009/#1485448737529-740d1049-0965>
7. Batista Josemar, Cruz Elaine Drehmer de Almeida, Alpendre Francine Taporosky, Rocha Denise Jorge Munhoz da, Brandão Marilise Borges, Maziero Eliane Cristina Sanches. Prevalencia y evitación de Prácticas seguras quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 18]; 27: e2939. Disponible en URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=en)  
Epub Oct 07, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>.
8. Castro Trejo GS, Vintimilla López EF, Viteri Viteri OL. Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de medicina interna del Hospital Provincial General de Segundo Nivel Quito – Ecuador. prosciences [Internet]. 30 de enero de 2020 [citado 25 de octubre de

<http://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/217>

9. Ramírez Martínez, M.E., González Pedraza-Avilés, A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enferm. univ*, revista en la Internet] Jun 2017, vol.14, no.2, p.111-117. ISSN 1665-7063. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000200111&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200111&lng=es) <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>.
10. Martínez MN, Mendieta RA, Rinza PTO, et al. Conocimiento de las “Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente” en personal que labora en un hospital de pediatría de tercer nivel de atención. *Revista Enf Infec Microbiol*. 2019;39(1):12-18. Disponible en URL: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92156>
11. Ramon Mir-Abellán<sup>a</sup>Anna Falcó-Pegueroles<sup>b</sup>María Luisade la Puente-Martorell<sup>c</sup> Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas Attitudes towards patient safety culture in a hospital setting and related variables. *Gaceta Sanitaria* (internet), Volume 31, Issue 2, March–April 2017, Pages 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019> [Get rights and content](#)
12. Alvaro Cabeza, Dailú Jamín; Membrillo Pillpe, Nataly Julissa.; Vilcapuma Gallegos, Ada. Lima. 2018 “Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del hospital Carlos Lan Franco La Hoz y La Clínica Santa Isabel”. Tesis para el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Centro Quirúrgico. Universidad Nacional Del Callao.
13. Mori Yachas, NR. Lima. 2017. “Cultura de seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. Lima”, <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12905>, Colecciones: [Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud](#) [1722]
14. Podestá Gavilano Luis Enrique, Maceda Kuljich Mirko. Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horiz. Med.* [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Ene 21]; 18 (3): 48-56. Disponible en:



[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2018000300008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n3.08>.

15. De La Puente Malpartida, Gladys Lourdes y Rengifo Barrón, Delia Auristela. Lima. 2016. "Errores más frecuentes en el que incurre el profesional enfermero en la administración de medicación al paciente hospitalizado". Trabajo académico para optar el título de especialista en Gestión de Servicios de Salud y Enfermería. Universidad Privada Norbert Wiener.
16. Rocco C, Garrido A. Seguridad Del Paciente y Cultura de Seguridad, Rev. Med. Clin. Condes, 2017: 28(5) 785-795.
17. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ. Patient safety and Quality: An evidence –Based Hannbook for Nurses; <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/index.html>).
18. Joint Commission International. Estándares de Acreditación Para Hospitales de Joint Commission International.; 2014. <http://www.jcrinc.com>
19. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Página Oficial OMS [Internet]. 2019. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
20. Asamblea Mundial de la Salud. Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente: informe del Director General. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2019. Disponible en URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328697>
21. Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. [Internet]. 2013. Disponible en URL: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/patientsftyupdate/ptsafetyII-full.pdf>
22. Ministerio de Protección Social de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Editorial Fundación FITEC. Bogotá. 2007. Disponible en URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

23. Joint Commission. National Patient Safety. 117(1): e43-7Goals [Internet]. Disponible en URL: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)
24. Sanidad del Gobierno de Castilla La Mancha. España: Seguridad del Paciente-Prácticas Seguras. [Internet] 2020. Disponible en URL: <https://sanidad.castillalamancha.es/profesionales/calidad-y-seguridad-del-paciente/Pr%C3%A1cticas%20seguras>
25. Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Secretaría de Gobierno de Salud. Acciones para la Seguridad de los Pacientes en el Ámbito de la Atención Sanitaria. Argentina. 2019. Disponible en URL:
26. Oficina de Gestión de la Calidad- Hospital Santa Rosa. Informe de Resultados de la Encuesta aplicada de Cultura de Seguridad en el Hospital Santa Rosa. Perú. 2014.
27. Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20:338–43. Disponible <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338>
28. Organización mundial de la salud (OMS). El marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [citado 2 jul 2015]. p 1-160. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
29. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Soluciones para la seguridad del paciente. volumen 1, solución 2 Mayo 2007.
30. Zavala Alvites, A. Lima. 2019. “Cultura del seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2019” Disponible en internet: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37955/zavala\\_aa.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37955/zavala_aa.pdf?sequence=1).
31. Desirée Zago Sanchis, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Edmarlon Giroto, Ana Maria Rigo Silva, Cultura de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermería en instituciones de alta complejidad, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 10.1590 / 0034-7167-2019-0174, 73 , 5 , (2020). Disponible en internet: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12394>.

32. Joanne Campione PhD, MSPH, Theresa Fanolaro MPS. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. 2014. Revista The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 44, Issue 1, January 2018, Pages 23-32. Disponible en internet en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725017304439>
33. Amiri, M., Khademian, Z. & Nikandish, R. El efecto del programa educativo de empoderamiento de enfermeras en la cultura de seguridad del paciente: un ensayo controlado aleatorio. BMC Med Educ 18, 158 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>. Disponible en la web: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1255-6#citeas>,
34. David W. Bates y Hardeep Singh. “Dos décadas desde que errar es humano: una evaluación del progreso y las prioridades emergentes en la seguridad del paciente. 2018. EEUU. Revista Health Affairs. Asuntos de Salud. Vol. 37, N°11: Seguridad del paciente. Disponible en la web: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0738>
35. Liam J. Donaldson, Edward T Kelley, Neelam Dhingra, Kumar, Marie-Paule Kieny, Aziz Sheikh. “Medicamento sin daños: el tercer desafío mundial para la seguridad del paciente de la OMS. 2017. Revista The Lancet. Volumen 389, Número 10080, P1680-1681, 29 de Abril de 2017. Disponible en la web; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)
36. Tejal K Gandhi, Gary S Kaplan, Lucian Leape, Donald M. Berwick, Susan Edgman-Levitan, Amy Edmondson, Gregg S Meyer, David Michaels, Julianne M Morath, Charles Vincent, Robert Wachter. Transformar conceptos en seguridad del paciente: un informe de progreso. 2018. Revista BMJ Quality & Safety. Vol. 27, N°12. Pag. 2024-2027. Disponible en web: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa085>
37. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J y col. Asociación entre el agotamiento del médico y la seguridad del paciente, el profesionalismo y la satisfacción del paciente : una revisión sistemática y un metanálisis . JAMA Intern Med. 2018; 178 (10): 1317–1331. Disponible en la web: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2698144>

38. Kathryn M. Kellogg, Zach Hettinger, Manish Shah, Robert L Wears, Craig R Sellers, Melissa Squires, Rollin J Fairbanks. Enfoque actual para el análisis de la causa raíz: está contribuyendo a que no mejoremos la seguridad del paciente?. 2017. Revista BMJ Quality & Safety. Vol.26, N°5. Disponible en web: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/5/381.short>
39. Burgener, Audrey M. BS, "Mejora de la comunicación para mejorar la seguridad del paciente y aumentar la satisfacción del paciente. Revista: The Health Care Manager: Julio 2020 - Volumen 39 - Número 3 - p 128-132. Disponible en la web: doi: [https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2020/07000/Enhancing\\_Communication\\_to\\_Improve\\_Patient\\_Safety.4.aspx](https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2020/07000/Enhancing_Communication_to_Improve_Patient_Safety.4.aspx)
40. Slawomirski, L., A. Aaraaen y N. Klazinga. "La economía de la seguridad del paciente: Fortalecimiento de un enfoque basado en valores para reducir el daño al paciente a nivel nacional", 2017. Documentos de trabajo de salud de la OCDE, No. 96, Publicaciones de la OCDE, París, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
41. Liukka, M., Steven, A., Moreno, M., Sara-Aho, A. M., Khakurel, J., Pearson, P., Turunen, H., & Tella, S. (2020). Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. International journal of environmental research and public health, 17(13), 4717. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>
42. Ohta, Yoshinori MD\*; Miki, Izumi MPH†; Kimura, Takeshi MD, PhD‡; Abe, Mitsuru MD, PhD§; Sakuma, Mio MD, MPH, PhD||; Koike, Kaoru MD, PhD¶; Morimoto, Takeshi MD, MPH, PhD|| Epidemiology of Adverse Events and Medical Errors in the Care of Cardiology Patients, Journal of Patient Safety: September 2019 - Volume 15 - Issue 3 - p 251-256 doi: 10.1097/PTS.0000000000000291
43. Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. BMC Health Serv Res 18, 521 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
44. Lang, S., Garrido, M.V. & Heintze, C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the

- content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract* 17, 6 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0408-0>
45. N. Rafter, A. Hickey, S. Condell, R. Conroy, P. O'Connor, D. Vaughan, D. Williams, Adverse events in healthcare: learning from mistakes, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 108, Issue 4, April 2015, Pages 273–277, <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu145>
46. Harrison, R., Lee, H., & Sharma, A. (2018). A Survey of the Impact of Patient Adverse Events and near Misses on Anaesthetists in Australia and New Zealand. *Anaesthesia and Intensive Care*, 46(5), 510–515. <https://doi.org/10.1177/0310057X1804600513>
47. William Martinez, MD, MS; Lisa Soleymani Lehmann, MD, PhD, MSc; Yue-Yung Hu, MD, MPH, Sonali Parekh Desai, MD, MPH; Jo Shapiro, MD. “Processes for Identifying and Reviewing Adverse Events and Near Misses at an Academic Medical Center” 2017. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2017; 43:5–15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.11.001>
48. Alshime F, Temsah M-H, Hasan G, Al-Eyadhy A, Gulman S, Issa H, et al. (2019) Reporting adverse events related to medical devices: A single center experience from a tertiary academic hospital. *PLoS ONE* 14(10): e0224233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224233>
49. Wu, Albert & Shapiro, Jo & Harrison, Reema & Scott, Susan & Connors, Cheryl & Kenney, Linda & Vanhaecht, Kris. (2017). The Impact of Adverse Events on Clinicians: What's in a Name?. *Journal of Patient Safety*. 16. 1. 10.1097/PTS.0000000000000256. [https://www.researchgate.net/publication/320885846\\_The\\_Impact\\_of\\_Adverse\\_Events\\_on\\_Clinicians\\_What's\\_in\\_a\\_Name/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/320885846_The_Impact_of_Adverse_Events_on_Clinicians_What's_in_a_Name/citation/download)
50. Chapuis C, Chanoine S, Colombet L, Calvino-Gunther S, Tournegros C, Terzi N, Bedouch P, Schwebel C. Informes de seguridad interprofesionales y revisión de eventos adversos y errores de medicación en cuidados críticos. *Ther Clin Risk Manag* . 2019; 15: 549-556 <https://doi.org/10.2147/TCRM.S188185>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TIPO DE RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVELES Y/O RANGOS
<b>Aplicación de Prácticas Seguras</b>	Conjunto de actividades que pueden reducir efectivamente eventos adversos en diversos cuidados médicos y tipos de entornos.	Prácticas para reducir el riesgo de eventos adversos causados por la Atención médica.	D1: Identificación correcta del paciente.	Uso de identificadores Identificación del paciente en diferentes momentos.	1,2,3, 4,5	Politémica Nunca = 1 Rara vez = 2 Algunas veces = 3 Casi Siempre = 4 Siempre = 5	Cuantitativo	Ordinal Tipo Likert	Bajo: 1-40
			D2: Comunicación efectiva	Comunicación de ordenes verbales, resultados de laboratorio. Estandarización del Proceso	6,7,8, 9				Medio: 41-80
			D3: Seguridad de medicamentos de alto riesgo.	Medicamentos de alto riesgo, con nombres o aspecto parecido, electrolitos concentrados y dosis unitaria.	10,11, 12,13,				Alto: 81-120
			D4: Cirugía Segura	Marcado quirúrgico. Uso de Check List Participación pausa quirúrgica, Estandarización del proceso.	14,15, 16,17				
			D5: Riesgo de infección asociada a la atención sanitaria.	Higiene de manos Procesos para reducir el riesgo de IAAS	18,19, 20				
			D6: Riesgo de daño causado por caídas.	Evaluación del riesgo de caídas. Medidas preventivas.	21,22,2 3,24				

*Fuente: Aplicación de prácticas seguras – Justo (2021)*

## ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTE MS	TIPO DE RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVELES Y/O RANGOS
Cultura de seguridad del paciente	Actitudes, valores, habilidades, conceptos y patrones de comportamiento de individuos y grupos. Las decisiones determinarán la suma del compromiso de los administradores con la atención y la seguridad del paciente	Recopilación de valores personales y grupales determina el comportamiento y la gestión de las instituciones desde la perspectiva de la seguridad del paciente.	D1: Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Trabajo eficiente</li> <li>· Ayuda mutua</li> <li>· Comportamiento respetuoso</li> </ul>	1,8,9	Totalmente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2 Ni de acuerdo ni	Cuantitativa	Ordinal Tipo Likert	Nivel de Cultura:  Negativa 1 - 18  Neutral: 59 – 116  Positiva: 117 - 175
			D2: Presión y ritmo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dotación de personal.</li> <li>· Horas de Trabajo necesario</li> <li>· Ritmo de trabajo</li> </ul>	2,3,6 11	en desacuerdo = 3 De acuerdo = 4 Totalmente de acuerdo = 5			
			D3: Aprendizaje organizativo - mejoras continuas	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Revisión de procesos</li> <li>· Mejora continua</li> <li>· Ocurrencias de seguridad</li> </ul>	4,12, 14	Para preguntas en negativo: Totalmente en desacuerdo = 5			
			D4: Respuesta a los errores	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Errores libres de punidad</li> <li>· Apertura al reporte de incidentes</li> <li>· Aprendizaje del error</li> <li>· Apoyo al personal involucrado</li> </ul>	6,7,1 0,13	En desacuerdo = 4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3 De acuerdo = 2 Muy de acuerdo			
			D5: Apoyo coordinadores o jefes clínicos para la SP	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sugerencias del personal</li> <li>· Tipo de trabajo a presión</li> <li>· Resolución de problemas</li> </ul>	15,1 6, 17				
			D6: Comunicación acerca de errores	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Información de errores al equipo</li> <li>· Retroalimentación a partir de errores</li> <li>· Cambios en base a reporte de eventos</li> </ul>	18, 19, 20				
			D7: Comunicación y receptividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Reporte de incidentes.</li> </ul>	21, 22,				



---

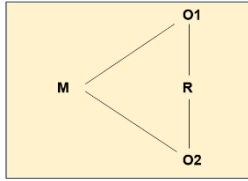
	·Reporte de comportamientos inseguros.	23, 24
	·Empatía con preocupaciones de seguridad del paciente	
	Consulta de dudas.	
D8: Eventos relacionado a la seguridad del paciente.	Frecuencia de reporte de errores e intervenciones	25,
	Frecuencia de notificación de incidentes.	26
D9: Apoyo administrativo para la seguridad del paciente	Priorizar la seguridad del paciente	
	Asignar recursos para la seguridad del paciente	29, 30,
	Interés por la seguridad del paciente	31
D10: Transferencia e intercambio de información	·Frecuencia omisión de información importante	
	·Frecuencia pérdida de información al cambio de turno.	32,
	·Tiempo asignado al intercambio de información	33, 34
	clave.	

---

*Fuente: Aplicación de prácticas seguras – Justo (2021)*

### ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Aplicación de Prácticas Seguras y la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de un Hospital Nacional.  
Lima. 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METOLOGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	ESTADÍSTICA
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Existe relación entre la aplicación de prácticas seguras y la Cultura en Seguridad del paciente del personal de salud de un hospital nacional de Lima?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿¿Cuál es la relación entre la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva, la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, la cirugía segura, el riesgo de infección relacionado con la</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> ¿Determinar la relación que existe entre la aplicación de prácticas seguras y la Cultura en Seguridad del personal de salud de un hospital nacional de Lima?</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar la relación entre la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva, la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, la</p>	<p><b>Hipótesis General.</b> Existe una relación significativa entre la aplicación de prácticas seguras y la Cultura en Seguridad del personal de salud de un hospital nacional de Lima.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> Existe relación significativa entre la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva, la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, la</p>	<p><b>Variable 1:</b> Aplicación de prácticas seguras.</p> <p><b>Dimensiones:</b> 1. Identificación correcta del paciente. 2. Comunicación efectiva 3. Seguridad de medicamentos de alto riesgo. 4. Cirugía Segura 5. Riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria. (IAAS) 6. Riesgo de daño causado por caídas</p> <p><b>Variable 2:</b> Cultura de Seguridad del paciente</p> <p><b>Dimensiones:</b> 1. Trabajo en equipo 2. Presión y ritmo de trabajo 3. Aprendizaje organizativo - mejoras continuas 4. Respuesta a los errores 5. Apoyo coordinadores o jefes clínicos para la SP 6. Comunicación acerca de errores</p>	<p><b>ENFOQUE:</b> Cuantitativo</p> <p><b>TIPO:</b> Básica</p> <p><b>NIVEL:</b> Descriptivo Correlacional</p> <p><b>DISEÑO:</b> No experimental</p> <p><b>MÉTODO:</b> Inductivo – deductivo</p>  <p>O1: Aplicación de Prácticas seguras R: Relación O2: Cultura de Seguridad del Paciente M: Muestra de personal de salud</p>	<p><b>POBLACIÓN</b> 700 personal de salud de un hospital nacional de Lima.</p> <p><b>MUESTREO</b> No probabilístico de tipo intencionado por conveniencia</p> <p><b>TAMAÑO DE MUESTRA</b> 66 personal de salud asistencial</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b> Tablas, Figuras y frecuencias.</p> <p><b>INFERENCIAL:</b> Pruebas de normalidad Kolmogonow Smirnov</p>

<p>atención médica y el riesgo de daño por caídas para el paciente y Cultura de seguridad del paciente en un hospital nacional de Lima?</p>	<p>cirugía segura, el riesgo de infección relacionado con la atención médica y el riesgo de daño por caídas para el paciente y Cultura de seguridad del paciente en un hospital nacional de Lima.</p>	<p>cirugía segura, el riesgo de infección relacionado con la atención médica y el riesgo de daño por caídas para el paciente con la Cultura de seguridad del paciente en un hospital nacional de Lima.</p>	<p>7. Comunicación y receptividad 8. Eventos relacionados con la seguridad del paciente 9. Apoyo administrativo para la seguridad del paciente 10. Transferencia e intercambio de información.</p>	<p><b>TÉCNICA</b> Encuesta</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Cuestionario para cada una de las variables. Con un total de 58 ítems.</p>		
---	---	--	--	--	--	--

## ANEXO 4: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca del tema de aplicación de prácticas seguras y cultura de seguridad del paciente, y es de carácter anónimo y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si acepta participar del estudio le invitamos a completar el cuestionario que servirán a la investigación y posterior aplicación de estrategias de mejora. Agradecemos profundamente su aporte.

Marque con una "X" según lo que considere para cada enunciado, si alguna no corresponde a su situación o a su hospital o no sabe la respuesta, por favor marque la casilla "No aplica o no sabe"

**Seguridad del paciente:** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención de salud.

**Evento adverso:** se define como cualquier tipo de error, equivocación o incidente relacionado con el cuidado de la salud, sin importar si causa daño al paciente.

Área /Servicio donde trabaja:

Profesión:

Enunciados	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Confirma que sus pacientes usan un brazalete mínimo 2 identificadores: nombre, apellidos completos y fecha de nacimiento al comienzo de cada encuentro					
2. Solicita al paciente que diga su nombre, apellidos y fecha de nacimiento antes de administrar medicamentos, sangre o hemoderivados.					
3. Solicita al paciente que diga su nombre y apellidos y su fecha de nacimiento antes de extraerle sangre o muestras patológicas.					
4. Solicita al paciente que diga su nombre, apellidos y fecha de nacimiento antes de ser intervenido en cirugías o procedimientos invasivos.					
5. En su hospital existe un proceso claro de identificación correcta de pacientes, para evitar confusiones en: pacientes con nombres parecidos, etiquetado de muestras biológicas o tubos, así como el reporte verbal en cada pase o cambio de servicio.					
6. Si recibe una orden verbal directa o telefónica sobre un paciente, lo anota, lo lee y espera a que confirmen para asegurarse que lo escucho bien.					
7. Si recibe el resultado de laboratorio crítico, lo anota, lo lee y espera a que confirmen para asegurarse que lo escucho bien					
8. La orden verbal o el resultado de análisis crítico lo registra y lo comunica oportunamente.					
9. En su hospital existe una lista clara de los momentos críticos en los que es importante escuchar – escribir – leer y confirmar.					
10. En su hospital existe un documento con una lista de medicamentos de alto riesgo, donde se ubican, como identificarlas y quien las puede manipular.					
11. Los medicamentos que tienen nombre o aspecto parecido están separados y bien identificados para evitar errores al momento de su administración.					
12. En su servicio los electrolitos concentrados están bien etiquetados y almacenados para evitar confusiones en su dispensación y/o administración.					
13. La entrega de medicamentos es realizada en forma de dosis unitaria y están bien identificados por cada paciente					
14. Hace participar al paciente en el proceso de marcado anatómico para la identificación del sitio quirúrgico.					
15. Para la cirugía se emplea una lista de verificación para saber si todos los documentos, materiales, insumos y equipos					

necesarios estén a mano, sean los correctos, funcionen y estén disponibles antes que el paciente ingrese a quirófano.					
16. La persona encargada documenta la pausa quirúrgica justo antes de iniciar la cirugía y todo el equipo quirúrgico participa activamente para confirmar el paciente, el procedimiento y lugar correcto.					
17. En su hospital existe un proceso claro para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto.					
18. Realiza una higiene de manos de acuerdo a la técnica y en los cinco momentos oportunos.					
19. Existe un procedimiento estandarizado para asegurar la limpieza del entorno del paciente incluso para los aislamientos.					
20. En su hospital, se han implementado paquetes de medidas basadas en la evidencia para prevenir y reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria (Ejemplo: Uso racional de antibióticos, uso de testigos de esterilización, uso de sondas vesicales, uso de catéteres venosos, uso de ventiladores mecánicos, entre otros).					
<b>Enunciados</b>	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
21. Usa una escala validada para evaluar el riesgo de caídas al ingreso del paciente y lo reevalúa cuando cambia su estado para prevenir el riesgo de caídas.					
22. En pacientes ambulatorios identifica el riesgo de caídas y aplica medidas para minimizar el riesgo de daño por caídas.					
23. Reporta las fallas o la necesidad de mejorar el entorno del paciente para disminuir el riesgo de caídas: Barandas, baños, duchas, camas, camillas, sillas, entre otros.					
24. Usa algún medio de identificación en un paciente con alto riesgo de caídas.					
<b>¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre lo siguiente?</b>					
<b>Enunciados</b>	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. En esta unidad trabajamos en equipo de manera eficiente					
26. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.					
27. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo es mejor para el cuidado del paciente					
28. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.					
29. Esta unidad depende demasiado de personal temporal o contrato por terceros.					
30. Esta unidad el personal siente que sus errores son considerados en su contra.					
31. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.					
32. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente.					
33. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad					
34. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa					
35. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente					
36. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron					

37. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente					
38. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo					
39. Mi coordinador o jefe de área considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente					
40. Mi coordinador o jefe de área quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente					
41. Mi coordinador o jefe de servicio toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente					
53. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.					
54. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente.					
55. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso.					
56. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.					
57. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente					
58. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.					
Enunciados	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
42. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
43. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir.					
44. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.					
45. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
46. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice					
47. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente					
48. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien					
49. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta?					
50. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta?					
51. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?	Ninguno	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 o más
52. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
<b><i>Gracias por su completar este cuestionario.</i></b>					

## ANEXO 5: BASE DE DATOS DEL INSTRUMENTO APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS

BASE DE DATOS																																																											
VARIABLE		PRÁCTICAS SEGURA																																																									
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE					PUNTAJE					COMUNICACIÓN EFECTIVA					PUNTAJE					ADHERENCIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO					PUNTAJE					CIRUGÍA SEGURA					PUNTAJE					ASOCIADA A ATENCIÓN					PUNTAJE					ESGO DE DAÑO CAUSADO POR CAÍDA					PUNTAJE				
SUJETO	ITEM	V1Item1	V1Item2	V1Item3	V1Item4	V1Item5	V1D1	V1Item6	V1Item7	V1Item8	V1Item9	V1D2	V1Item10	V1Item11	V1Item12	V1Item13	V1D3	V1Item14	V1Item15	V1Item16	V1Item17	V1D4	V1Item18	V1Item19	V1Item20	V1D5	V1Item21	V1Item22	V1Item23	V1Item24	V1D6																												
1	3	5	5	5	3	21	5	5	5	1	16	1	3	4	4	12	2	3	3	5	13	5	3	2	10	4	4	5	2	15																													
2	5	3	4	5	4	21	4	5	5	5	19	2	2	4	4	12	5	5	5	5	20	3	3	3	9	2	3	2	2	9																													
3	4	4	2	4	5	19	3	4	4	5	16	2	2	3	5	12	1	5	5	5	16	4	2	1	7	3	1	3	3	10																													
4	3	2	2	4	2	13	4	4	5	2	15	3	4	4	4	15	4	4	4	4	16	3	2	4	9	3	2	3	1	9																													
5	5	2	1	5	4	17	4	5	5	5	19	2	1	3	5	11	2	5	5	5	17	5	5	5	15	2	2	5	1	10																													
6	5	4	2	5	4	20	5	4	5	4	18	4	3	4	4	15	4	4	3	4	15	5	5	4	14	4	5	4	4	17																													
7	1	3	1	1	1	7	2	2	4	1	9	2	2	1	5	10	9	9	9	4	31	4	4	4	12	1	2	2	2	7																													
8	5	5	5	5	4	24	4	5	5	4	18	4	4	4	5	17	2	5	5	5	17	5	5	4	14	4	4	3	4	15																													
9	3	5	5	5	4	22	4	4	5	1	14	1	1	1	3	6	5	5	5	4	19	5	3	2	10	5	5	5	5	20																													
10	4	3	3	5	4	19	3	3	5	5	16	4	4	5	4	17	4	5	5	5	19	5	5	3	13	4	4	3	2	13																													
11	4	5	5	5	4	23	5	5	5	3	18	3	4	4	4	15	1	3	5	3	12	5	2	3	10	3	2	5	2	12																													
12	3	4	4	4	4	19	4	4	5	2	15	2	3	3	4	12	1	4	4	5	14	5	4	4	13	4	4	4	3	15																													
13	4	4	4	4	4	20	5	5	5	2	17	2	3	2	4	11	4	9	9	9	31	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
14	5	5	3	4	4	21	4	4	4	2	14	3	2	3	4	12	2	2	3	4	11	4	4	2	10	4	4	5	2	15																													
15	5	4	3	5	4	21	5	4	5	2	16	1	5	4	4	14	4	5	5	3	17	5	4	2	11	3	3	3	3	12																													
16	5	3	1	3	5	17	5	4	5	4	18	4	4	2	3	13	3	9	9	5	26	4	3	3	10	3	4	5	3	15																													
17	1	4	1	1	1	8	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	2	1	1	5	1	1	1	3	2	1	1	1	5																													
18	2	1	1	1	1	6	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	3	2	1	1	1	5																													
19	4	4	3	5	4	20	4	5	5	4	18	5	5	4	3	17	5	5	5	5	20	4	5	5	14	5	4	4	5	18																													
20	4	1	4	3	2	14	4	4	3	3	14	1	2	2	2	7	4	4	9	9	31	4	3	4	11	3	4	4	1	12																													
21	5	2	2	2	5	16	5	3	5	2	15	1	1	1	3	6	5	9	9	5	28	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
22	5	4	5	5	5	24	4	4	5	5	18	5	5	4	5	19	5	4	4	5	18	5	5	5	15	5	4	5	5	19																													
23	5	4	1	3	5	18	5	5	2	4	16	5	3	3	4	15	1	9	9	9	28	5	5	4	14	5	3	5	4	17																													
24	5	4	1	3	5	18	5	5	2	4	16	5	3	3	4	15	1	9	9	9	28	5	5	4	14	5	3	5	4	17																													
25	3	3	3	5	4	18	4	4	5	5	18	4	3	2	3	12	4	4	4	5	17	4	4	5	13	5	4	4	3	16																													
26	3	3	3	4	3	16	3	4	4	4	15	2	2	2	3	9	3	4	4	3	14	5	2	2	9	5	4	4	2	15																													
27	4	4	4	4	4	20	4	4	5	5	18	5	4	4	3	16	3	5	5	4	17	5	5	5	15	5	5	5	4	19																													
28	5	2	2	2	5	16	5	5	5	1	16	1	5	5	5	16	1	9	9	5	24	5	5	5	15	5	5	5	1	16																													
29	4	3	2	3	2	14	3	4	5	2	14	1	1	2	2	6	3	2	9	9	23	4	4	3	11	2	2	3	2	9																													
30	5	5	5	5	5	25	5	5	5	4	19	4	3	5	4	16	5	5	9	9	28	5	5	5	15	5	5	5	4	19																													
31	5	4	4	5	5	23	5	5	5	4	19	3	4	4	3	14	4	4	5	4	17	4	4	4	12	4	4	4	4	16																													
32	4	4	3	3	5	19	5	5	4	4	18	1	1	1	4	7	4	9	9	5	27	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
33	4	4	3	4	3	18	4	5	5	5	19	4	4	4	4	16	3	4	3	4	14	4	4	3	11	3	3	3	2	11																													
34	4	4	3	4	3	18	4	5	5	5	19	4	4	4	4	16	3	4	3	4	14	4	4	3	11	3	3	3	2	11																													
35	5	5	5	4	5	24	4	5	5	3	17	4	3	3	4	14	4	4	9	5	22	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
36	4	4	3	4	4	19	5	5	4	2	16	1	4	2	4	11	2	5	9	9	25	5	4	5	14	4	5	4	5	18																													
37	4	5	5	5	5	24	4	5	5	4	18	5	3	3	3	14	2	3	2	2	9	5	3	3	11	1	1	2	1	5																													
38	4	4	4	4	4	20	5	5	5	4	19	2	1	1	2	6	3	9	9	2	23	4	4	4	12	5	4	4	4	17																													
39	5	1	1	1	3	11	3	3	4	3	13	1	1	1	4	7	1	9	9	9	28	4	4	3	11	4	3	5	4	16																													
40	5	5	5	4	5	24	4	4	5	5	18	3	5	3	5	16	1	9	9	9	28	5	4	5	14	5	4	5	5	19																													
41	2	2	3	3	2	12	2	2	3	3	10	2	3	3	3	11	3	4	3	3	13	2	3	3	8	3	3	2	3	11																													
42	5	3	3	5	5	21	5	5	5	4	19	2	2	1	5	10	1	9	9	9	28	5	5	4	14	5	5	5	1	16																													
43	5	4	3	5	5	22	4	4	5	5	18	5	5	5	5	20	5	5	5	5	20	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
44	4	4	4	4	3	19	2	5	5	3	15	1	1	1	2	5	1	5	4	4	14	5	5	4	14	5	4	4	2	15																													
45	5	4	4	5	5	23	4	4	4	3	15	2	3	3	4	12	4	5	5	5	19	5	4	4	13	4	4	4	3	15																													
46	5	3	4	5	5	22	4	4	5	4	17	5	5	5	5	20	4	9	9	5	27	5	4	5	14	5	5	5	5	20																													
47	3	4	4	4	3	18	4	4	4	4	16	4	3	4	3	14	3	5	5	5	18	4	4	3	11	4	4	4	2	14																													
48	5	4	4	5	5	23	5	5	5	4	19	5	5	5	5	20	5	9	9	5	28	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
49	5	3	3	4	5	20	5	5	5	5	20	3	5	5	5	18	2	2	2	2	8	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
50	5	5	5	4	5	24	5	5	4	5	19	5	5	5	5	20	4	5	5	5	19	5	5	5	15	5	5	4	5	19																													
51	5	5	4	4	5	24	5	5	4	5	19	5	5	5	5	20	4	5	5	5	19	5	5	5	15	5	5	4	5	19																													
52	4	3	3	3	2	15	4	5	5	3	17	2	2	2	4	10	3	9	9	9	30	4	4	4	12	5	5	5	1	16																													
53	5	5	5	5	3	23	5	5	5	2	17	1	1	1	3	6	5	9	9	9	32	5	4	1	10	5	5	5	1	16																													
54	5	5	5	5	5	25	5	5	5	4	19	4	3	4	3	14	5	9	9	5	28	5	5	5	15	5	4	5	5	19																													
55	5	5	4	5	5	24	4	5	5	3	17	1	1	1	3	6	3	9	9	9	30	5	5	5	15	5	5	5	1	16																													
56	4	3	3	2	3	15	3	5	5	3	16	5	4	3	4	16	3	9	9	9	30	5	5	4	14	5	5	5	4	19																													
57	5	5	5	5	5	25	5	5	5	5	20	5	5	4	5	19	5	9	9	5	28	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
58	5	5	5	5	5	25	5	5	5	5	20	5	5	5	5	20	3	5	9	9	26	5	5	5	15	5	5	5	5	20																													
59	4	3	3	3	4	17	3	5	5	3	16	2	2	2	4	10	1	5	9	9	24	4	3	3	10	5	4	4	1	14																													
60	5	4	3	5	5	22	4	4	5	4	17</																																																

## ANEXO 6: BASE DE DATOS DEL INSTRUMENTO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

BASE DE DATOS																																																																																				
VARIABLE	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																																																																																			
	TRABAJO EN EQUIPO			PUNTAJE				PRESIÓN Y RITMO DE TRABAJO				PUNTAJE				APRENDIZAJE ORGANIZATIVO - MEJORAS CONTINUAS				PUNTAJE				RESPUESTA A LOS ERRORES				PUNTAJE				APOYO DE COORDINACIÓN A LA SP				PUNTAJE				INICIACIÓN ACERCA DE ERR				PUNTAJE				COMUNICACIÓN Y RECEPTIVIDAD				PUNTAJE				REPORTAR EVENTOS DE SP				PUNTAJE				APOYO DE ADMINISTRACIÓN EN SF				PUNTAJE				TRANSFERENCIA E INTERCAMBIO E INFORMACIÓN				PUNTAJE				PUNTAJE		N°		CALIFICAC
SUJETO ITEM	V2Item1	V2Item2	V2Item3	V2D1	V2Item2	V2Item3	V2Item6	V2Item11	V2D2	V2Item4	V2Item12	V2Item14	V2D3	V2Item6	V2Item7	V2Item10	V2Item13	V2D4	V2Item15	V2Item16	V2Item17	V2D5	V2Item8	V2Item9	V2Item20	V2D6	V2Item21	V2Item22	V2Item23	V2Item24	V2D7	V2Item25	V2Item26	V2D8	V2Item29	V2Item30	V2Item31	V2D9	V2Item32	V2Item33	V2Item34	V2D10	V2	V2Item27	V2Item28	EVENTOS	CIÓN SP																																					
1	3	2	4	9	2	2	2	2	8	4	2	1	7	3	2	5	1	11	1	1	2	4	1	1	2	4	3	3	1	2	9	5	5	10	2	3	3	8	4	2	1	7	147	D	2																																							
2	4	4	4	12	2	1	3	3	9	4	4	4	12	2	2	3	3	10	4	4	4	12	3	3	3	9	4	4	5	4	17	3	3	6	4	3	2	9	5	2	3	10	202	E	3																																							
3	4	5	5	14	2	3	4	3	12	4	3	4	11	3	4	2	3	12	4	3	3	10	3	3	3	9	3	3	3	3	12	3	3	6	2	2	4	8	3	2	3	8	196	E	2																																							
4	5	4	3	12	3	4	4	3	14	4	3	4	11	3	2	2	2	9	5	5	5	15	4	5	5	14	4	3	5	3	15	4	3	7	5	3	4	12	4	3	2	9	227	D	2																																							
5	5	4	4	13	1	1	1	2	5	5	1	3	9	2	3	3	3	11	3	4	4	11	2	9	2	13	9	4	9	4	26	4	4	8	5	4	4	13	5	5	5	15	233	E	4																																							
6	9	2	2	13	2	4	3	1	10	5	4	4	13	2	2	3	2	9	3	2	4	9	4	5	3	12	2	4	4	3	13	4	4	8	2	2	2	6	2	4	2	8	194	D	3																																							
7	5	4	4	13	4	2	4	4	14	4	2	4	10	4	4	3	4	15	4	4	4	12	3	4	2	9	4	3	3	4	14	4	4	8	3	4	3	10	4	4	4	12	222	E	3																																							
8	4	4	4	12	2	1	2	1	6	2	2	1	5	1	1	2	1	5	2	4	5	11	2	2	2	6	2	3	2	2	9	4	4	8	4	2	1	7	2	2	2	6	144	E	2																																							
9	4	4	4	12	2	1	2	4	9	2	2	2	6	2	2	4	2	10	1	1	1	3	5	2	2	9	5	3	3	1	12	4	4	8	2	2	2	6	2	1	1	4	154	D	2																																							
10	4	4	3	11	2	2	2	4	10	3	3	3	9	3	2	4	2	11	3	2	3	8	3	3	3	9	3	3	3	1	10	3	5	8	4	3	1	8	2	1	4	7	175	C	3																																							
11	2	3	2	7	2	2	2	2	8	4	3	2	9	2	2	2	2	8	2	2	2	6	3	3	3	9	5	2	1	1	9	3	5	8	2	3	2	4	7	3	2	4	9	151	B	1																																						
12	4	4	4	12	3	3	3	4	13	4	4	4	12	2	2	4	3	11	4	4	4	12	5	5	5	15	3	5	5	3	16	3	3	6	4	3	3	10	3	3	3	9	223	D	3																																							
13	5	4	3	12	5	4	4	4	17	5	5	4	14	4	4	5	4	17	5	4	5	14	5	5	5	15	5	5	5	4	19	4	5	9	5	5	4	14	3	4	4	11	273	C	3																																							
14	4	4	4	12	3	2	4	4	13	3	4	4	11	3	2	4	3	12	4	4	4	12	3	3	3	9	4	4	3	3	14	4	4	8	4	4	2	10	4	3	4	11	213	C	2																																							
15	3	4	2	9	2	2	3	4	11	2	4	4	10	3	3	3	2	11	3	4	3	10	4	3	3	9	5	3	3	4	16	3	3	6	3	5	1	9	2	1	2	5	189	C	2																																							
16	4	4	2	10	2	2	2	4	10	4	4	2	10	2	2	2	2	8	2	2	3	7	3	3	2	8	3	3	3	3	12	4	3	7	3	4	2	9	2	1	4	7	169	A	3																																							
17	1	1	5	7	1	5	5	2	13	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	2	1	1	1	5	7	5	1	4	10	102	E	1																																						
18	1	1	5	7	4	5	4	5	18	4	1	5	10	5	5	1	4	15	2	5	1	8	1	1	1	3	1	1	2	5	9	1	1	2	1	1	5	7	5	5	1	11	169	E	1																																							
19	5	4	4	13	5	1	2	3	11	5	4	4	13	4	2	5	2	13	1	3	5	9	4	4	3	11	3	3	3	4	13	3	4	7	4	4	3	11	3	4	4	11	213	D	4																																							
20	4	4	4	12	1	2	1	2	6	2	3	2	7	1	1	2	2	6	1	2	1	4	2	3	2	7	3	4	2	1	10	3	4	7	2	2	4	8	4	2	1	7	141	D	1																																							
21	4	4	5	13	4	2	3	2	11	4	1	4	9	1	1	2	2	6	1	5	3	9	2	1	2	5	3	2	1	2	8	4	4	8	1	1	5	7	4	3	2	9	161	D	2																																							
22	5	4	2	11	5	1	4	2	12	5	4	2	11	4	4	4	2	14	4	4	4	12	3	3	5	11	3	5	5	4	17	3	3	6	5	5	1	11	3	2	3	8	218	E	4																																							
23	5	4	4	13	2	9	1	1	13	4	2	3	9	2	2	4	3	11	2	1	3	6	4	5	3	12	5	5	3	1	14	4	4	8	4	4	4	2	10	1	2	5	8	200	D	3																																						
24	5	4	4	13	2	9	1	1	13	4	2	3	9	2	2	4	3	11	2	1	3	6	4	5	3	12	5	5	3	1	14	4	4	8	4	4	2	10	1	2	5	8	200	D	3																																							
25	5	4	3	12	5	2	2	3	12	4	4	2	10	2	3	4	2	11	4	3	4	11	5	5	2	12	3	5	4	1	13	4	4	8	3	4	2	9	4	4	5	13	209	D	2																																							
26	3	3	3	9	1	1	3	8	8	2	3	3	8	3	3	3	3	12	1	1	1	3	4	4	2	10	4	4	4	5	17	5	4	9	3	3	3	9	3	2	1	6	176	C	3																																							
27	5	5	5	15	3	2	4	4	13	4	4	4	12	2	2	1	4	9	5	4	4	13	4	4	5	13	5	5	2	5	17	5	3	8	4	5	2	11	4	4	3	11	233	E	3																																							
28	5	5	5	15	2	9	3	3	17	4	3	3	10	3	4	5	4	16	5	5	4	14	9	4	9	22	5	9	9	9	32	9	9	18	5	9	9	23	4	4	5	13	347	E	4																																							
29	5	5	4	14	4	4	4	4	16	5	5	5	15	4	2	3	4	13	5	5	5	15	5	5	5	15	5	3	4	4	16	5	3	8	5	3	4	12	2	2	4	8	256	D	2																																							
30	5	4	5	14	5	4	4	4	17	5	4	4	13	4	4	4	5	17	4	5	5	14	5	5	5	15	5	4	5	4	18	5	5	10	4	4	1	9	5	5	4	14	268	D	4																																							
31	5	4	3	12	5	1	2	3	8	5	4	4	13	3	2	4	2	11	4	3	4	11	4	4	4	12	4	4	4	3	15	4	4	8	4	4	2	10	4	2	2	8	210	D	3																																							
32	5	4	3	12	5	2	4	5	16	5	5	5	15	3	4	4	5	16	5	5	5	15	5	5	5	15	5	5	4	3	17	4	4	8	4	5	4	13	4	3	5	12	266	D	3																																							
33	4	4	4	12	4	2	3	3	12	4	4	2	10	3	2	3	2	10	4	2	4	10	4	3	3	10	4	3	3	2	12	4	4	8	4	4	2	10	3	3	5	11	199	E	3																																							
34	4	4	4	12	4	2	3	3	12	4	4	2	10	3	2	3	2	10	4	2	4	10	4	3	3	10	4	3	3	2	12	4	4	8	4	4	2	10	3	3	5	11	199	E	3																																							
35	5	5	5	15	5	1	1	5	12	5	5	4	14	5	4	5	4	18	4	2	4	10	5	5	5	15	5	5	5	4	19	5	5	10	5	4	2	11	2	2	5	9	257	B	3																																							
36	5	5	4	14	2	1	3	2	8	5	4	4	13	4	2	4	2	12	4	4	4	12	5	5	5	15	5	5	4	3	17	4	4	8	5	4	2	11	3	3	4	10	230	C	4																																							
37	4	4	4	12	4	2	2	4	12	3	4	2	9	4	4	4	2	14	4	4	4	12	4	4	4	12	4	4	4	4	16	4	3	7	4	2	2	8	2	2	4	8	212	D	3																																							
38	4	3	3	10	4	2	2	3	11	4	4	4	12	3	3	4	3	13	4	5	4	13	5	4	4	13	4	4	4	4	16	4	3	7	3	3	2	8	2	2	3	7	213	D	2																																							
39	5	4	3	12	4	2	2	3	11	3	3	3	9	1	1	3	2	7	4	4	2	10	3	3	3	9	3	3	3	2	11	3	3	6	4	4	2	10	2	2	4	8	178	C	3																																							
40	5	4	5	14	5	1	3	5	14	5	5	5	15	5	5	3	5	18	5	5	5	15	4	5																																																												



### ANEXO 7: BASE DE DATOS DE PRUEBA PILOTO

Encuestados	1. Confirma que sus pacientes usan un brazalete mÃnimo 2 identificado	2. Solicita al paciente que diga su nombre, apellidos y fecha de nacimiento	3. Solicita al paciente que diga su nombre y apellidos y su fecha de nacimiento	4. Solicita al paciente que diga su nombre, apellidos y fecha de nacimiento	5. En su hospital existe un proceso claro de identificaciÃn correcta	6. Si recibe una orden verbal directa o telefÃnica sobre un paciente, lo lee y espera	7. Si recibe el resultado de laboratorio crÃtico, lo anota, lo lee y espera	8. La orden verbal o el resultado de anÃlisis crÃtico lo registra y lo comunica	9. En su hospital existe una lista clara de los momentos crÃticos en	10. En su hospital existe un documento con una lista de medicamentos	11. Los medicamentos que tienen nombre o aspecto parecido	12. En su servicio los electrÃnicos estÃn bien	13. La entrega de medicamentos es realizada en forma de anatÃmico para la	14. Hace participar al paciente en el proceso de marcado para la	15. Para la cirugÃa se emplea una lista de verificaciÃn para saber si todos los	16. La persona encargada de documentar la pausa quirÃrgica justo antes	17. En su hospital existe un proceso claro para garantizar la cirugÃa en	18. Realiza una higiene de manos de acuerdo a la tÃcnica y en los cinco	19. Existe un procedimiento estandarizado para asegurar la	20. En su hospital, se han implementado paquetes de medidas	21. Usa una escala validada para evaluar el riesgo de caÃdas al	22. En pacientes ambulatorios identifica el riesgo de caÃdas y	23. Reporta las fallas o la necesidad de mejorar el entorno del	24. Usa algÃn medio de identificaciÃn en un paciente con alto	
2020/11/26 4:57:	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	A veces	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	Casi siempre	A veces	
2020/11/26 7:37:	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	
2020/11/26 9:19:	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre
2020/11/26 8:36:	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca
2020/11/26 10:33:	Siempre	Casi nunca	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
2020/11/26 10:44:	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	Siempre	Siempre	Casi siempre
2020/11/26 11:53:	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
2020/11/27 12:11:	Siempre	Casi siempre	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
2020/11/27 9:01:	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre
2020/11/28 9:02:	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Nunca

## ANEXO 8: CERTIFICADOS DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS

### Juicio de Experto N°1

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: Identificación correcta del paciente</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
1	Confirma que sus pacientes usan un brazalete mínimo 2 identificadores: nombre y apellidos completos y fecha de nacimiento al comienzo de cada encuentro.	X		X		X		
2	Solicita al paciente que diga su nombre y apellidos y fecha de nacimiento antes de <b>antes de administrarle</b> medicamentos, sangre o hemoderivados.	X		X		X		
3	Solicita al paciente que diga su nombre y apellidos y su fecha de nacimiento antes de <b>antes de extraerle</b> medicamentos, sangre o hemoderivados.	X		X		X		
4	Solicita al paciente que diga su nombre y apellidos y fecha de nacimiento antes de <b>antes de cirugías o procedimientos invasivos</b> .	X		X		X		
5	En su hospital existe un proceso claro de identificación correcta de pacientes, que eviten confusiones en pacientes con nombres parecidos, etiquetado de muestras biológicas o tubos, intercambio de información verbal en cada pase o cambio de servicio, y participación del paciente en su identificación.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: Comunicación efectiva</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
6	¿Si recibe una orden verbal o telefónica de un paciente, lo anota, lo lee y espera a que confirmen para asegurarse que lo escucho bien?	X		X		X		
7	¿Si recibe el resultado de laboratorio crítico, lo anota, lo lee y espera a que confirmen para asegurarse que lo escucho bien?	X		X		X		
8	¿La orden verbal o el resultado de análisis crítico lo registra y	√		√		√		
9	En su hospital existe una lista clara de los momentos críticos en los que es importante escuchar – escribir – leer y confirmar.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: Seguridad de los medicamentos de alto riesgo</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
10	En su hospital existe un documento con una lista de medicamentos de alto riesgo, donde se ubican, como identificarlas y quien las puede manipular.	X		X		X		
11	Los medicamentos que tienen nombre o aspecto parecido están separados y bien identificados para evitar errores al momento de su administración.	X		X		X		
12	Los electrolitos concentrados en unidades de atención al paciente y están bien etiquetados, y almacenados para evitar confusiones en su dispensación y administración.	X		X		X		
13	La entrega de medicamentos es realizada en forma de dosis unitaria, bien identificados por cada paciente.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 4: Cirugía Segura</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
14	Hago participar al paciente en el proceso de marcado anatómico para la identificación del sitio quirúrgico cuando es necesario.	X		X		X		
15	Para la cirugía se empleamos una lista para verificar que todos los documentos, materiales, insumos y equipos necesarios estén a mano, sean los correctos y funcionen antes y que estén disponibles antes que el paciente ingrese a quirófano.	X		X		X		
16	La persona encargada documenta la pausa quirúrgica justo antes de comenzar la cirugía y todo el equipo quirúrgico participa activamente para confirmar el paciente, procedimiento y lugar correcto.	X		X		X		
17	En su hospital existe un proceso claro para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 5: Riesgo de infección asociadas a la atención sanitaria</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
18	¿Realiza una higiene de manos de acuerdo a la técnica y en los cinco momentos oportunos?	X		X		X		

19	Existe procedimientos estandarizados para asegurar la limpieza del entorno del paciente incluso para los aislamientos.	X		X		X		
20	En su hospital se han implementado paquetes de medidas basadas en la evidencia para prevenir y reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. (Ejemplo; Uso racional de antibióticos, testigos de esterilización, uso de sondas vesicales, uso de catéteres venosos, uso de ventiladores mecánicos).	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 6: Riesgo de daño al paciente causado por caídas</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
21	¿Usa una escala validada para evaluar el riesgo de caídas al ingreso del paciente y lo reevalúa cuando cambia su estado para prevenir el riesgo de caídas?	X		X		X		
22	¿En pacientes ambulatorios identifica el riesgo de caídas en pacientes y aplica medidas para evitar el riesgo de caídas?	X		X		X		
23	¿Reporta las fallas o necesidad de mejorar el entorno del paciente para disminuir el riesgo de caídas:(Barandas, baños, duchas, camas, camillas, sillas, etc)?	X		X		X		
24	¿Usa algún medio de identificación en un paciente con alto riesgo de caídas?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ X ]      Aplicable después de corregir [ ]      No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina      DNI: 09333287

Grado y Especialidad del validador: DOCTORA EN EDUCACIÓN

<sup>1</sup> Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup> Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 30 de mayo del 2020.

  
Firma del Experto Informante

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS**

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	<b>DIMENSION 1: Identificar correctamente a los pacientes</b> Confirmo que mis pacientes usan un brazalete con mínimo 2 identificadores: nombre y apellidos completos y fecha de nacimiento al comienzo de cada encuentro.	X		X		X		
2	Solicito al paciente que diga su nombre y apellidos y fecha de nacimiento antes de <b>antes de administrarle</b> medicamentos, sangre o hemoderivados.	X		X		X		
3	Solicito al paciente que diga su nombre y apellidos y su fecha de nacimiento antes de <b>antes de extraerle</b> medicamentos, sangre o hemoderivados.	X		X		X		
4	Solicito al paciente que diga su nombre y apellidos y fecha de nacimiento antes de <b>antes de cirugías o</b> procedimientos invasivos.	X		X		X		
5	El hospital tiene reglas claras sobre: - Pacientes con nombres parecidos - Registro de la identificación del paciente en pulseras, formularios, ordenes médicas, etc. - Etiquetado de muestras biológicas o tubos. - Intercambio de identificadores verbales en cada pase o cambio de servicio de paciente. - Participación del paciente en su identificación.	X		X		X		
6	<b>DIMENSION 2: Mejorar la comunicación efectiva</b> Cuando recibo una orden verbal o telefónica de un paciente crítico, lo anoto, lo leo y espero a que confirmen para asegurarme que lo escuche bien.	X		X		X		
7	Cuando recibo el resultado de laboratorio crítico, lo anoto, lo leo y espero a que confirmen para asegurarme que lo escuche bien.	Si	No	Si	No	Si	No	
8	La orden verbal o el resultado de análisis crítico lo registro y lo comunico oportunamente.	X		X		X		
9	El hospital tiene una lista clara de los momentos críticos en los que es importante escuchar – escribir – leer y confirmar. Y una técnica estandarizada para informar datos completos del paciente para traspasar información.	X		X		X		
10	<b>DIMENSION 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo</b> En mi hospital tiene un documento con una lista de medicamentos de alto riesgo, donde se ubican, como identificarlos y quien las puede manipular.	X		X		X		
11	Los medicamentos que tienen nombre o aspecto parecido están separados y bien identificados para evitar errores al momento de su administración.	X		X		X		
12	Hay electrólitos concentrados en unidades de atención al paciente y están bien etiquetados, y almacenados para evitar confusiones en su dispensación y administración.	X		X		X		
13	La entrega de medicamentos es realizada en forma de dosis unitaria, bien identificados por cada paciente.	X		X		X		
14	<b>DIMENSION 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo</b> El médico hace participar al paciente en el proceso de marcado anatómico para la identificación del sitio quirúrgico cuando sea necesario.	Si	No	Si	No	Si	No	

15	Para la cirugía se empleamos una lista para verificar que todos los documentos, materiales, insumos y equipos necesarios estén a mano, sean los correctos y funcionan antes y que estén disponibles antes que el paciente ingrese a quirófano.	X				X			
16	La persona encargada documenta la pausa quirúrgica justo antes de comenzar la cirugía y todo el equipo quirúrgico participa activamente para confirmar el paciente, procedimiento y lugar correcto.	X				X			
17	En su hospital existe un proceso claro para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto. <b>DIMENSIÓN 5: Riesgo de infección asociadas a la atención sanitaria</b> ¿Realiza una higiene de manos de acuerdo a la técnica y en los cinco momentos oportunos?	X				X			
18	¿Realiza una higiene de manos de acuerdo a la técnica y en los cinco momentos oportunos?	X				X			
19	Existen procedimientos estandarizados para asegurar la limpieza del entorno del paciente incluso para los aislamientos.	X				X			
20	En su hospital se han implementado paquetes de medidas basadas en la evidencia para prevenir y reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. (Ejemplo: Uso racional de antibióticos, testigos de esterilización, uso de sondas vesicales, uso de catéteres venosos, uso de ventiladores mecánicos).	X				X			
21	<b>DIMENSIÓN 6: Riesgo de daño al paciente causado por caídas</b> ¿Usa una escala validada para evaluar el riesgo de caídas al ingreso del paciente y lo reevalúa cuando cambia su estado para prevenir el riesgo de caídas?	X				X			
22	¿En pacientes ambulatorios identifica el riesgo de caídas en pacientes y aplica medidas para evitar el riesgo de caídas?	X				X			
23	¿Reporta las fallas o necesidad de mejorar el entorno del paciente para disminuir el riesgo de caídas (Barandas, baños, duchas, camas, camillas, sillas, ¿etc)?	X				X			
24	¿Usa algún medio de identificación en un paciente con alto riesgo de caídas?	X				X			

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_ Es pertinente la aplicación del instrumento \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable [ X ]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dra: .....Narvaez Aranibar, Teresa.....    DNI:....10122038....

Especialidad del validador:.....Docente metodológica.....

Lima, 03 de setiembre del 2020

.....  
Firma del Experto Informante.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ANEXO 9: CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

## SOPS™ Hospital Survey Items and Composite Measures

---

**Version: 2.0**  
**Language: Spanish**

### Notes

- For more information on getting started, selecting a sample, determining data collection methods, establishing data collection procedures, conducting a Web-based survey, and preparing and analyzing data, and producing reports, please read the **Hospital Survey Version 2.0 User's Guide**.
- In this document, the items in the SOPS Hospital Survey 2.0 are grouped according to the safety culture composite measures they are intended to assess. This document is NOT the formatted survey for administration. To view the formatted survey, refer to the **SOPS Hospital Survey Version 2.0—Spanish**.

For assistance with this survey, please contact the SOPS Help Line at 1-888-324-9749 or [SafetyCultureSurveys@westat.com](mailto:SafetyCultureSurveys@westat.com).

### Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales 2.0: Preguntas y mediciones compuestas

En este documento, se han agrupado las preguntas del Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales, versión 2.0, de acuerdo con las mediciones compuestas en cultura de seguridad que se pretende evaluar. La ubicación de la pregunta en la encuesta se muestra a la izquierda de cada pregunta. También se indican las preguntas que se han redactado en negación. Para las mediciones compuestas se indica el parámetro de fiabilidad basado en los datos de una prueba piloto de 25 hospitales y 4,345 empleados de hospital.

## ANEXO 10: CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Variable 1: Aplicación de Prácticas Seguras

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.873	10

Variable 2: Cultura de Seguridad del Paciente

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.914	33

1. Trabajo en equipo: Alfa de Cronbach = .76
2. Presión y ritmo de trabajo: Alfa de Cronbach = .67
3. Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas: Alfa de Cronbach = .76
4. Respuesta a los errores: Alfa de Cronbach = .83
5. Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente: Alfa de Cronbach (3 preguntas) = .77
6. Comunicación acerca de errores: Alfa de Cronbach = .89
7. Comunicación y receptividad: Alfa de Cronbach = .83
8. Informar eventos relacionados con la seguridad del paciente: Alfa de Cronbach = .75
9. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente: Alfa de Cronbach = .77
10. Transferencias e Intercambio de información: Alfa de Cronbach = .72

**ANEXO 11: AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO  
FIRMADO POR LA AUTORIDAD.**

**POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

*Escuela de Posgrado*

"Año de la universalización de la salud"

Lima, SIL. 17 DE OCTUBRE DEL 2020

Carta P..... – 2020 EPG – UCV LE

**SEÑOR(A)**

M.C. Abraham Rodríguez Rivas

Director Ejecutivo (e) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador

**Asunto:** Carta de Presentación del estudiante **JUSTO ÑAUPA AYDEÉ**

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **JUSTO ÑAUPA, AYDEÉ**, identificado(a) con DNI N.º 09583964 y código de matrícula N.º 7002342286; estudiante del Programa de MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS Y CULTURA DE SEGURIDAD EL PACIENTE DEL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL NACIONAL. LIMA. 2021.**

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,

---

**Dr. Raúl Delgado Arenas**  
JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO  
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

**LIMA NORTE** Av. Alfredo Mendíola 6252, Los Olivos. Tel.:(+51) 202 4342 Fax.:(+51) 202 4343  
**LIMA ESTE** Av. del Parque 640, Urb. Campo Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+51) 200 8030 Aro.:2510.  
**ATE** Carretera Central Km. 8,2 Tel.: (+51) 280 8030 Aro.: 8184  
**CALLAO** Av. Argentina 1786 Tel.:(+51) 202 4342 Aro.: 2660.



## **ANEXO 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El consentimiento informado estaba colocado al principio del instrumento para que el que aceptara llenar el instrumento y si desistía pues no llenaban el instrumento.

A continuación, el consentimiento informado.

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca del tema de aplicación de prácticas seguras y cultura de seguridad del paciente, y es de carácter anónimo y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si acepta participar del estudio le invitamos a completar el cuestionario que servirán a la investigación y posterior aplicación de estrategias de mejora. Agradecemos profundamente su aporte.



**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, JUSTO ÑAUPA AYDEE estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE SALUD EN UN HOSPITAL NACIONAL. LIMA. 2021", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
JUSTO ÑAUPA AYDEE <b>DNI:</b> 09583964 <b>ORCID</b> 0000-0002-3911-9821	Firmado digitalmente por: JJUSTONA el 18-03-2021 22:11:43

Código documento Trilce: INV - 0103055