



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA

EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

**Implementación de estándares de seguridad del paciente en los servicios de enfermería según la Joint commission en la Clínica Jesús Del Norte, 2016**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestra en Gestión de los Servicios de Salud**

**AUTORA:**

Angeles Ñiquen, Maria Silvia ([orcid.org/0009-0002-2053-0693](https://orcid.org/0009-0002-2053-0693))

**ASESOR:**

Dr. Vertiz Osore, Jacinto Joaquin ([orcid.org/0000-0003-2774-1207](https://orcid.org/0000-0003-2774-1207))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2016



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

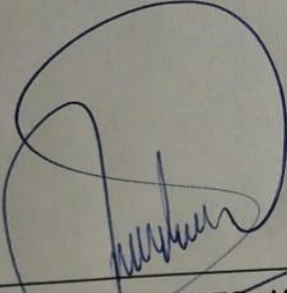
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**Declaratoria de autenticidad del Asesor**

Yo, Vértiz Osores, Jacinto Joaquín Docente de la MAESTRIA EN Gestión DE SERVICIOS DE LA SALUD DE LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada "Implementación de estándares de seguridad del paciente en los servicios de enfermería según la Joint Commission en la Clínica Jesús del Norte, 2016".cuyo autor es ANGELES ÑIQUÉN MARÍA SILVIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud 4% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

Lima, 13 de agosto 2024

  
DR. VÉRTIZ OSORES, JACINTO JOAQUÍN  
DNI: 16735482  
ORCID: 0000-0003-2774-1207



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Declaratoria de autenticidad del autor.**

Yo, Angeles Ñiquén María Silvia estudiante del Programa de Gestión de Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificados con DNI N° 09778166 con la tesis titulada “Implementación de estándares de seguridad del paciente en los servicios de enfermería según la Joint Commission en la Clínica Jesús del Norte, 2016”.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La Tesis es de mi autoría Angeles Ñiquén María Silvia, identificada con DNI N° 09778166
- 2) Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la Tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La Tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De investigarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que haya sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 13 de agosto 2024

María Silvia Angeles Ñiquén.

**DNI:** 09778166

**ORCID:** 0009-0002-2053-0693

## Dedicatoria

A Dios por darme la vida y la salud para cumplir mis sueños, a mi querida familia quienes son mi motivo para seguir superándome.

Para mi querida madre, que desde siempre me enseñó a convertir mis debilidades en fortalezas y a no rendirme nunca.

Agradecimiento:

A nuestros Asesores por su apoyo, orientación, paciencia y constante motivación. Sin su experticia y dedicación, este trabajo no habría sido posible.

A mi familia, por su amor incondicional y su apoyo constante a lo largo de todo este proceso. Sus palabras de aliento y comprensión han sido fundamentales para mantenerme enfocada y motivada.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Declaratoria de autenticidad del asesor.....	ii
Declaratoria de originalidad del autor.....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento: .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE DE TABLAS .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
I. INTRODUCCIÓN: .....	1
II. METODOLOGÍA. ....	11
III. RESULTADOS.....	17
IV.DISCUSIÓN.....	35
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS .....	39
ANEXOS .....	42

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla. 1. Confiabilidad de los ítems del instrumento en la medición	15
Tabla 2. Frecuencias obtenidas en las categorías de las variables del pretest	17
Tabla 3. Frecuencias obtenidas de dimensiones de las variables del pretest	18
Tabla 4. Frecuencias obtenidas en las categorías de las variables en el post test	19
Tabla 5. Frecuencias obtenidas en las dimensiones de las variables en el post test	20
Tabla 6. Frecuencias obtenidas en las categorías del pretest y post test	21
Tabla 7. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis del pretest y post test	22
Tabla 8. Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 1	23
Tabla 9. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 1	24
Tabla 10. Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 2	25
Tabla 11. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 2	26
Tabla 12. Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 3	27
Tabla 13. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 3	28
Tabla 14. Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 4	29
Tabla 15. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 4	30
Tabla 16. Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 5	31
Tabla 17. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 5	32
Tabla 18. Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 6	33
Tabla 19. Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 6	34

## RESUMEN

La investigación buscó determinar la efectividad de la implementación de los estándares de seguridad del paciente en los servicios hospitalarios de la CJDN, para la atención de los pacientes. Además, este estudio contribuye al ODS3 (Salud y Bienestar) al buscar mejorar la calidad de los servicios de salud y la gestión de riesgos para la salud.

Se realizó un estudio aplicado, cuantitativo y de diseño preexperimental con 47 profesionales de enfermería, evaluados antes y después de la capacitación (pretest y post-test). Los datos se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon para dos muestras pareadas con un nivel de significación de 0.05. La conclusión general fue que la efectividad de la implementación de estándares de seguridad fue significativamente mayor en el post-test que, en el pretest, indicando la efectividad de la capacitación. No hubo diferencias en la dimensión de Identificación correcta de los pacientes entre el pretest y el post-test. En las dimensiones de Comunicación efectiva, Cirugía segura, Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias y Riesgo de daño al paciente por caídas, la efectividad fue significativamente mayor en el post-test.

**Palabras clave:** Efectividad de programas, estándares de calidad, atención de calidad.



## **ABSTRACT**

The research aimed to determine the effectiveness of implementing patient safety standards in the hospital services of CJDN for patient care. Additionally, this study contributes to SDG3 (Health and Well-being) by seeking to improve the quality of healthcare services and health risk management. An applied, quantitative, pre-experimental design study was conducted involving 47 nursing professionals who were assessed before and after training (pretest and post-test). Data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test for paired samples with a significance level of 0.05. The overall conclusion was that the effectiveness of implementing safety standards was significantly higher in the post-test compared to the pretest, indicating the effectiveness of the training. There were no differences found in the dimension of Correct Patient Identification between the pretest and post-test. In the dimensions of Effective Communication, Safe Surgery, Minimizing Risk of Nosocomial Infections, and Risk of Patient Falls, effectiveness was significantly higher in the post-test.

**Keywords:** Program effectiveness, quality standards, quality care.

## **I. INTRODUCCIÓN:**

Seguridad del paciente se enfoca en prevenir daños durante el tratamiento médico, reduciendo errores y resultados adversos. Las organizaciones de salud deben garantizar cuidados seguros, reconociendo la inevitabilidad de errores, pero buscando minimizarlos. La complejidad y actividad creciente en los sistemas de salud aumentan la probabilidad de errores, por lo que es crucial identificarlos y aplicar medidas preventivas. Lograr seguridad en la atención implica gestionar riesgos, mejorar la calidad del trabajo asistencial, seguir protocolos e implementar estándares de seguridad, diversos estudios se han realizado, observándose claramente la disposición de los sistemas sanitarios a nivel nacional e internacional por eliminar eventos adversos, implementar estándares, protocolos y todo lo que esté al alcance para lograr esta ansiada confianza en la atención de salud del enfermo.

En Estados Unidos, The report *To err is human*, (1999) reveló que los fallos médicos provocaban entre 44,000 y 98,000 decesos al año de pacientes hospitalizados, sobrepasando las estadísticas de accidentes de tráfico, cáncer de mama y VIH/SIDA. Este informe tuvo una notable repercusión en la sociedad y el gremio médico, y formó parte de la iniciativa *Quality of Health Care in America*, que pretendía cambiar considerablemente la eficiencia de la organización sanitaria. Se encontró que los eventos adversos afectaban al 4% de los pacientes hospitalizados, el 70% de sucesos causaron invalidez transitoria y un 14% resultaron en muertes.

El estudio realizado por Wegner & Rubim, (2012) investigaron el reconocimiento de eventos adversos por parte de los cuidadores y personal de salud durante la atención del paciente. Emplearon un estudio de caso cualitativo, entrevistando a 15 acompañantes y 23 profesionales a través de entrevistas semiestructuradas, utilizando el software QSR N vivo 7.0. Los resultados subrayaron la necesidad de vigilar continuamente las intervenciones profesionales, así como una comunicación efectiva entre profesionales, acompañantes y niños. Concluyeron que las condiciones de cuidado pueden resultar inseguras debido a las deficiencias en la gestión integral de las intervenciones, tanto por parte de los profesionales como de los acompañantes.

Recomendaron la implementación de un enfoque educativo para la atención segura del paciente involucrando a toda la red médica tanto en ámbito público como privado. De igual manera, en el estudio de Briceño et al. (2011) se buscó mejorar la atención segura del paciente, mediante rondas de seguridad. Con un enfoque descriptivo y transversal, participaron 23 profesionales y 23 pacientes. Los resultados mostraron que el personal médico no realizaba correctamente las reglas de manejo de medicamentos y el 61% de los encuestados desconocía circunstancias adversas ocurridas en el servicio durante el año. Se identificaron áreas a mejorar, como la seguridad en las habitaciones, la disponibilidad de suministros y el informe de reacciones adversas, mencionado por el 39% de encuestados. Se concluyó que era esencial concienciar y capacitar al personal sobre seguridad del paciente y la importancia de reportar situaciones críticas o adversas, ya que solo el 43% de los encuestados utilizaba el formato institucional para reportarlos y el 4% no sabía que era un evento adverso. La implementación de herramientas de seguridad se consideró crucial para promover la mejora en la atención del paciente. Se destacaron situaciones inseguras, como infecciones nosocomiales y demoras en la atención, subrayando la importancia del compromiso gerencial para fomentar una cultura de protección.

Giraldo Arango & Montoya Romero, (2013) llevaron a cabo un análisis del entorno seguro del enfermo, mediante la apreciación del personal de salud y el personal administrativo del Hospital Santa Isabel (HSI). Realizaron un estudio observacional de corte transversal, aplicando una encuesta certificada por la organización de estudios en calidad de la Salud (AHRQ). Se compararon cifras conseguidas en el HSI, con datos del AHRQ. Los resultados obtenidos fueron parecidos en apoyo del personal administrativo hacia la protección del enfermo 72% en cada caso; formación institucional para AHRQ 72%, y 73% HSI, capacitar sobre errores 64% AHRQ, 61% HSI. No obstante, se encontró una diferencia de 22% adicional para AHRQ en la suficiencia de recursos humanos.

La perspectiva total de protección fue 14% mayor en AHRQ y las medidas administrativas en fomentar el cuidado 12% más en AHRQ. Se identificaron debilidades y fortalezas, y se propusieron sugerencias para mejoras. Se concluyó que construir una cultura de seguridad requiere cambios en conceptos y paradigmas, mejorando prácticas como jerarquización, reacción sancionadora ante los errores,

Intercambio de información, Interacción entre departamentos, Procedimientos de transferencia de turnos, dirección estratégica e Involucramiento de la gerencia superior. Estas mejoras facilitarían una mejor cultura de reporte de incidentes negativos y reconocimiento de la seguridad como un deber colectivo.

Así mismo en Argentina, Salamano et al. (2013) describieron los fallos en la administración de medicamentos durante su ciclo de uso y señalaron los planes de acción para identificarlos y evitarlos. Este estudio descriptivo y transversal recolectó datos durante mayo de 2009. Se identificaron 506 errores de medicación en 60 pacientes, con un promedio de 8,4 equivocaciones por paciente y 88,6 fallos por cada 100 pacientes-día. Las principales causas fueron la duplicidad de prescripción y la carencia de política clara. Se propuso una estrategia de intervención que incluyó un nuevo formulario de indicación en la historia clínica y un procedimiento operativo estándar. El estudio concluyó que, mediante el control de calidad, se logró la promesa de un grupo de profesionales para optimizar la protección del paciente y la excelencia en el cuidado. Por su parte Oliva et al. (2014), en su estudio describieron los resultados de un procedimiento de comunicación de eventos vinculados a protección del paciente aplicado en nosocomios catalanes desde 2010. Este estudio observacional y descriptivo analizó 5,244 incidentes notificados entre 22 y 29 hospitales durante el período de estudio. Los resultados fueron que un 64% de los incidentes afectaron al enfermo, y de estos, 26% provocó alguna lesión. Los incidentes sucedieron mayoritariamente en salas de internamiento (54%), en urgencias (15%), siendo el personal de enfermería quien más reportó (71%). La mayoría de los incidentes fueron clasificados como incidentes de bajo riesgo para el enfermo, aunque hubo 40 casos de riesgo extremo. Los tipos de incidentes más comunes fueron errores en el tratamiento 26,8%, pérdida de equilibrio 16,3% y problemas de reconocimiento del paciente 10,6%. Se concluyó que el procedimiento de información es importante para promover la formación de cuidados del paciente aprendiendo de propia experiencia para mejorar la seguridad y definir los perfiles de riesgo en las organizaciones sanitarias.

Se considera en antecedentes nacionales, el estudio de Alvarado (2014) examinó el vínculo entre el ambiente de trabajo y la formación del cuidado al paciente, cuyo propósito fue Optimizar la condición del servicio otorgado a los pacientes en el centro médico. Se empleó un patrón, de ambiente organizacional y un cuestionario sobre

seguridad de los pacientes. Se aplicaron estas pruebas a 234 médicos y enfermeras, demostrando su validez y confiabilidad mediante análisis estadísticos. Los hallazgos indicaron una conexión importante tanto en ambiente laboral y cultura de protección del paciente, así mismo los doctores valoran mejor ambos aspectos que las enfermeras, los médicos tuvieron puntajes más altos que las enfermeras en ambas áreas. No se observaron disparidades importantes basadas en la edad o tiempo de servicio del personal sanitario. De igual manera el estudio de Martínez (2015) se enfocó en determinar el ambiente de seguridad para el paciente entre las Enfermeras de la unidad de cirugía y postoperatorio del hospital, utilizando un método cuantitativo descriptivo, aplicó una encuesta validada a 45 enfermeras. Los resultados indicaron una reacción positiva en la respuesta sin castigo a las fallas 68.9%, Proceso de aprendizaje organizacional para la mejora constante 56%, tarea en conjunto en el área 53%, iniciativas del Líder encargado de impulsar el cuidado del paciente 51%. Por otro lado, los aspectos con respuestas negativas fueron el trato de inicio en la comunicación 88.9% y el mensaje del reporte al personal sobre las equivocaciones en el servicio 66.7%. Además, la dimensión personal en cantidad adecuada, accesible en acción 57.8%, y dificultades en transferencia de pacientes en el relevo de trabajo 57.8%. La Conclusión toma en cuenta los aspectos críticos que necesitan ser abordados prioritariamente son: el adecuado inicio de comunicación al profesional sobre las fallas de la unidad, disponibilidad de profesionales, y obstáculos en el intercambio de turno.

Asimismo, el estudio de Cabanilla & Gonzales (2015) investigaron la relación entre el número de enfermeras y pacientes bajo su cuidado con la ocurrencia de incidentes adversos en el área de terapia crítica de cardio pediatria INCOR. Utilizando un diseño longitudinal descriptivo, se analizaron 120 eventos adversos asociados al cuidado de enfermería, se seleccionó un grupo de 92 eventos a través de un estudio probabilístico. Las herramientas utilizadas fueron validadas y mostraron una confiabilidad aceptable. La prueba estadística indicó un grado de seguridad del 95%. Se concluyó la presencia de una correlación opuesta relevante, a menor razón enfermera paciente, mayor número de eventos adversos, y los más frecuentes estuvieron relacionados con la medicación.

El estudio de Corrales (2015) investigó el vínculo entre la apreciación de la cultura del cuidado al enfermo y la información de accidentes realizado por personal de salud,

en un nosocomio de categoría I en Ferreñafe, Lambayeque. La muestra incluyó a 91 trabajadores del sector salud. La investigación fue de carácter metódico proyectado y transversal. Se aplicó muestra de Chi-cuadrado con un 95% de confianza y se utilizó el formulario acerca de la protección del enfermo en nosocomios, de la AHRQ. La respuesta mostro que el 90% del personal tenía una percepción neutral o negativa de formación en atención segura y un 74% de reacciones desfavorables no fueron notificados. Identificaron dos dimensiones asociadas con la falta de notificación: el apoyo de gestión al cuidado del enfermo y la periodicidad de reacciones adversas comunicadas. El estudio concluye que es necesario el respaldo y la intervención de los lideres gestores en el avance en la formación del cuidado y protección del paciente.

De igual manera el estudio de Manrique et al. (2015) en Lima evaluó la frecuencia y distribución de eventos adversos en tratamientos odontológicos realizados por 110 operadores clínicos en diversas áreas. Llevó a cabo una investigación vigilante, detallada, longitudinal y prospectiva, implementando un sistema registro y notificación de eventos adversos. Se reportaron 167 eventos adversos, que representaron el 10.18% de los tratamientos. Los eventos más comunes fueron hipersensibilidad post tratamiento restaurador, sobre obturación o sub-obturación con sintomatología, alveolitis dental post extracción y sensibilidad post-tallado para prótesis fija. El estudio concluye que implementar un sistema de registro y notificación es crucial para mejorar la atención segura y de calidad en odontología.

Según observaciones realizadas, en la Clínica Jesús Del Norte (2015), se reportaron entre 15 y 25 eventos adversos al mes, que afectan a los pacientes hospitalizados durante su estancia. Estos eventos se debieron a las deficiencias en la atención, tales como error en la canalización de vías en pacientes pediátricos, flebitis por extravasación de vías intravenosas, equivocación en la administración y dosificación de medicamentos. Afortunadamente, estos incidentes no han tenido desenlaces fatales, pero nos alertan sobre la necesidad de implementar diversas iniciativas para garantizar que la protección del paciente sea prioridad central en las estrategias sanitarias, considerándola como un elemento esencial de la calidad y su mejora. En otras palabras, se deben tomar acciones para asegurar que todos los ciudadanos tengan derecho fundamental a recibir atención sanitaria segura como un derecho primordial de todas las personas. A pesar del esfuerzo de la Clínica Jesús Del Norte

por capacitar a su personal en la atención segura del paciente, se siguen reportando entre 1 y 2 eventos adversos diarios. Esto indica que aún queda mucho por hacer en la implementación y capacitación sobre los lineamientos de seguridad en la atención del paciente.

Por lo tanto, se presenta la siguiente Situación problemática para este estudio

¿Cuál es el grado de efectividad en la implementación de estándares en la protección del paciente en los servicios hospitalarios de enfermería según la Joint Commission en la CJDN, 2016? Al mismo tiempo se plantearon los siguientes problemas específicos en cuanto a las 6 dimensiones a trabajar: ¿Cuál es la magnitud de eficacia en la aplicación de estándares de reconocimiento adecuado de los enfermos, según JCI?, ¿Cuál es el rango de eficiencia de la instauración de protocolos en comunicación eficiente, según la JCI?, ¿Cuál es el nivel de capacidad en la inserción de directrices sobre Protección del manejo de medicamentos críticos, según la JCI?, ¿Cuál es el alcance de efectividad de la introducción de normas en Intervención quirúrgica sin riesgos, según la JCI?, ¿Cuál es el grado de operatividad en la aplicación de normas de protección para controlar el riesgo de infecciones nosocomiales según la JCI?, ¿Cuál es el Nivel de Efectividad en la aplicación de estándares de cuidado en el riesgo de daño al enfermo por caídas, según JCI?

Este estudio se justifica teóricamente, resaltando la importancia de crear procesos efectivos para garantizar la excelencia en el cuidado de enfermería, centrándose en la detección y control de eventos adversos fortalecer el cuidado del paciente. También enfatiza la necesidad de adherirse a protocolos y fortalecer las competencias de los enfermeros, abordando desafíos como la Sobrecarga laboral y ausencia de estandarización de normativas. Los pacientes son los beneficiarios directos, mientras que sus familias, el sistema de salud y los profesionales de enfermería son beneficiarios indirectos. El respaldo teórico proviene de diversas teorías y estudios que subrayan la importancia de implementar normas, estándares y protocolos para garantizar una atención segura al paciente.

La justificación practica de esta investigación consiste en la exigencia de que las instituciones de salud cumplan con los requisitos normativos actuales y estandaricen sus procedimientos, garantizando una atención segura sin errores para los pacientes. La búsqueda continua de calidad ha llevado a que estas instituciones adopten una

nueva cultura organizacional, un estilo de liderazgo y una filosofía de vida centrada en la excelencia de la prestación de servicios.

En relación con los objetivos, se planteó la siguiente meta principal: Determinar el grado de efectividad de implementación de los estándares de cuidado del paciente en los servicios hospitalarios en la CJDN para la atención de los pacientes.

En cuanto a las metas concretas estas se formularon en cuanto a las 6 dimensiones a desarrollar, establecer el grado de efectividad en la implementación de criterios de seguridad del enfermo, según JCI, establecer la magnitud de eficacia en la ejecución de normativas de seguridad en la Identificación correcta de los pacientes según JCI, concluir el rango de eficiencia de la instauración de protocolos en comunicación eficiente, según la JCI, precisar el nivel de capacidad en la inserción de directrices sobre la seguridad del manejo de medicamentos críticos, según la JCI, concretar el grado de efectividad de la introducción de normas de seguridad en Intervención quirúrgica sin riesgos, según la JCI, estipular la escala de operatividad en la aplicación de normas de protección para controlar el riesgo de infecciones nosocomiales según la JCI, precisar el grado de efectividad en la aplicación de estándares de cuidado en el riesgo de daño al enfermo por caídas, según JCI.

Asimismo, la hipótesis general fue: Es alto el nivel de efectividad en la aplicación de protocolos de protección en el cuidado del enfermo que brinda enfermería en los servicios hospitalarios de la CJDN.2016. De igual manera se planteó las hipótesis específicas en las 6 dimensiones, es alto el grado de efectividad en la ejecución de los lineamientos de protección del paciente en el reconocimiento preciso del enfermo según la JCI, es alto el rango de eficiencia de la instauración de protocolos de seguridad en comunicación eficiente, según la JCI. es alto el nivel de capacidad en la inserción de directrices sobre Protección en el manejo de medicamentos críticos, según la JCI. es alto el alcance de efectividad de la introducción de normas de seguridad en Intervención quirúrgica sin riesgos, según la JCI. es alto la escala de operatividad en la aplicación de normas de protección para controlar el riesgo de infecciones nosocomiales según la JCI, es alto la categoría de efectividad en la aplicación de estándares de cuidado en el peligro de lesión del enfermo por caídas, según JCI.



El marco teórico del estudio aborda la implementación de estándares, protocolos y lineamientos para garantizar la protección del paciente, destacando el acuerdo de las instituciones sanitarias a nivel global. Para este estudio, se aplicará los estándares de seguridad del paciente establecidos por la Joint Commission International en la 5ta. Edición del año 2014.

La International (2014) refiere que los estándares son requisitos para gestionar de manera eficiente y efectiva el cuidado al paciente, mejorando su calidad y eficiencia de dichos servicios. Estos estándares están organizados en áreas clave como atención al paciente, administración efectiva, educación e investigación. El estudio se enfoca en seis dimensiones, comenzando con la identificación del paciente, donde se busca asegurar una identificación precisa para evitar errores en el diagnóstico y tratamiento, recomendando el uso de dos identificadores distintos, excluyendo el número de habitación.

En la estándar comunicación efectiva, enfatiza la importancia de una comunicación clara y completa para reducir errores, estableciendo estándares para la confirmación de órdenes verbales y la estandarización de la comunicación durante transferencias de cuidado. En la estándar seguridad de fármacos de alto riesgo, resalta la necesidad de procedimientos seguros en el manejo de medicamentos críticos, como electrolitos concentrados, incluyendo estrategias para mejorar su seguridad y estandarización en almacenamiento y etiquetado. En la estándar cirugía segura, subraya la prevención de errores en cirugía, como operar en el sitio incorrecto, mediante el uso de marcas claras, la participación del paciente en el marcado y pausas prequirúrgicas para confirmaciones. En reducción de infecciones intrahospitalarias destaca la relevancia del lavado de manos y programas de limpieza para prevenir infecciones comunes en hospitales, como infecciones urinarias por catéteres y neumonía asociada a ventilación asistida entre otros. Y en el último estándar prevención de caídas, aborda la evaluación del peligro de deslizamiento en pacientes internados y la implementación de medidas preventivas, incluyendo evaluaciones detalladas y programas específicos para reducir este riesgo, basados en políticas y procedimientos establecidos.

El Ministerio de Salud, Perú (2002) establece el documento sobre Normas de excelencia para el cuidado básico de salud, refiere que son requisitos esenciales garantizar la calidad de atención sanitaria. Estos lineamientos están incluidos en el

régimen de gestión de calidad y sirven como fundamento normativo para el proceso de autoevaluación, que a su vez impulsa el planeamiento y el perfeccionamiento continuo de la calidad. Los estándares se revisarán y actualizarán periódicamente según los resultados alcanzados y el progreso investigador y tecnológico en el ámbito salud. Así mismo en Chile, Diaz et al. (2013) mostraron que la ejecución de estándares de seguridad en un centro clínico del cáncer mejora el cuidado al paciente, especialmente en el manejo de medicamentos oncológicos y la atención total del enfermo y sus familiares. Destacaron que la enfermería oncológica debe fundamentarse en normas de calidad y protección para ofrecer una atención uniforme, asegurar la continuidad y prevenir eventos adversos, apoyándose en estándares internacionales e institucionales. El estudio concluye que el manejo del paciente oncológico es difícil y requiere un enfoque multisectorial para garantizar un cuidado seguro y satisfactorio. La enfermería oncológica ha mejorado significativamente con la incorporación de estos estándares y la práctica basada en la evidencia, asegurando atención empática y próxima al paciente y a su familia.

De manera similar, el estudio de Parrado et al. (2017) en Bogotá determinó que la aplicación del reglamento de protección en la aplicación de tratamientos paliativos, reducen los incidentes en comparación con estudios institucionales anteriores, aunque la adherencia al protocolo no fue la esperada. A pesar de esto, se observó una mejora positiva. Se sugiere desarrollar un nuevo plan de mejora para incrementar la adherencia y garantizar una mayor seguridad para los pacientes.

En Barcelona, Martínez et al. (2015) analizaron el impacto de acciones de mejora en el cuidado de niños con intoxicación aguda, basándose en evaluación de criterios de calidad (IC) cuya respuesta indica la implementación de medidas correctivas tuvo un efecto concreto en varios indicadores de calidad (IC) en el primer análisis, se alcanzó el nivel en 4 de los 6 IC evaluados, y la accesibilidad de protocolos mejoró significativamente al 100% vs 29.2% anterior. En la segunda observación se alcanzó un nivel 13 de los 20 IC evaluados. Hubo mejoras notables en la cumplimentación de partes judiciales 44.4% vs 19.2%; y el registro del conjunto mínimo de datos, con una diferencia del 51.0% frente al 1.9%; También se observó una tendencia positiva en aplicación de carbón activado dentro de las primeras dos horas, con tasas del 93.1% frente al 83.5% anterior. Sin embargo, a pesar de las mejoras, algunos indicadores

no mostraron cambios significativos, indicando que hay aspectos del protocolo que aún no se implementan de manera óptima, los resultados también destacan que la calidad de la asistencia sigue siendo perfectible. Esto subraya la necesidad de continuar desarrollando y aplicando planes de mejora, adicionales para alcanzar estándares de calidad más altos y garantizar una atención segura y eficaz a los pacientes

## II. METODOLOGÍA.

El estudio se basa en una investigación aplicada, centrada en resolver problemas prácticos y contribuir al conocimiento teórico Landeau, (2007). Así mismo se apoya en hallazgos tecnológicos de la investigación básica y busca conectar la teoría con el producto para generar conocimiento aplicable a problemas sociales o del sector productivo. Lozada, (2014).

El método es cuantitativo, utilizando la recopilación de información para constatar teoría a través de mediciones cuantitativas y análisis estadísticos, con el fin de identificar modelos de comportamientos y validar hipótesis de acuerdo con Sampieri, (2014). El sistema empleado es supuesto- lógico, partiendo de una probabilidad y aplicando la deducción a partir de los resultados obtenidos, lo cual es adecuado para planteamientos experimentales Vera, (2006).

El diseño del estudio fue experimental, examinando relaciones causales mediante la manipulación y control sistemático de fenómenos. Hernández et al. (2010).

Este enfoque, común en Medicina y crucial en Epidemiología, prueba la eficacia de tratamientos y programas de salud. Altamirano & Altamirano, (2013).

Es un estudio preexperimental, que se realiza al comparar un grupo que recibe un tratamiento experimental con otro que no lo recibe, y evaluando al mismo grupo antes y después de aplicar la variable independiente. Campbell & Stanley (1963).

Además, es longitudinal, analizando una variable en diferentes momentos para entender su desarrollo a lo largo del tiempo, recolectando medidas repetidas durante el seguimiento. Estos estudios permiten inferir a nivel individual y analizar cambios en varias variables y transiciones entre estados de salud. Delgado & Llorca (2004).

El estudio tiene una única variable: Estándares de Seguridad del Paciente. Conceptualmente, esta variable. Se describe como el conjunto de componentes estructurales, procedimientos, herramientas y métodos fundamentados en pruebas científicas verificadas, que tienen como objetivo reducir el riesgo de incidentes desfavorables en la atención sanitaria, aumentar la posibilidad de detectar dichos incidentes, responder adecuadamente cuando ocurren y disminuir sus resultados. Restrepo et al. (2014).

La operacionalización de esta variable se realizará midiendo seis dimensiones: reconocimiento del paciente, información eficaz, manejo y uso de fármacos críticos, Intervención quirúrgica sin riesgos, minimización de amenaza de contaminación intrahospitalarias y prevención de caídas, evaluadas mediante un cuestionario validado y confiable.

Los indicadores se desarrollarán según las dimensiones, con indicadores específicos en cada una de las dimensiones. Dimensión 1 reconocer adecuadamente a los enfermos, dos indicadores: Los pacientes son reconocidos mediante dos indicadores únicos que no incluyen el número de cuarto ni la ubicación del enfermo. La identificación se realiza antes de aplicar algún tratamiento y procedimiento diagnóstico. Dimensión 2 mejorar la información eficaz, ocho indicadores: El receptor debe registrar y repetir íntegramente las ordenes medicas habladas directamente, y quien las emitió debe confirmarlas. El receptor debe registrar y repetir íntegramente las ordenes medicas telefónicamente, y quien las emitió debe confirmarlas. El que recibe la información, debe anotar y repetir el resultado total del examen diagnóstico y la persona que concedió el resultado debe confirmarlo. La institución ha implantado quién es responsable de informar sobre los resultados críticos de las pruebas diagnósticas, y a quienes notificar. La clínica ha reconocido los datos que se debe consignar en el historial médico del enfermo. La comunicación significativa y unificada se transmite entre los profesionales que brindan atención médica, durante la entrega del paciente. Formularios, materiales y procedimientos establecidos, apoyan un proceso de traslado coherente y exhaustivo. Las informaciones de transferencia se monitorean y se utilizan para fortalecer los métodos de información segura durante las transferencias.

Dimensión 3 fortalecer la seguridad en la administración de fármacos potencialmente peligrosos, seis indicadores: La Clínica dispone de un inventario de fármacos potencialmente peligrosos, la cual abarca aquellos con nombres o apariencias similares, creada a partir de datos específicos de la clínica. Para mejorar la seguridad de estos medicamentos, la clínica aplica estrategias que pueden contemplar procesos detallados para la conservación, prescripción, aplicación y monitoreo. La localización, clasificación y conservación de los fármacos con alto potencial de riesgo, incluyendo aquellos con envoltorio o nombres parecidos, se realiza de manera homogénea en toda la clínica. La clínica cuenta con un proceso para prevenir la administración

accidental de electrolitos concentrados. Estos electrolitos se encuentran únicamente en las unidades de atención al paciente que han sido identificadas como indispensables para la atención. Las soluciones electrolíticas concentradas, conservados en las áreas de cuidados al paciente están visiblemente clasificados y organizados de manera que promueva su uso seguro.

Dimensión 4 asegurar una intervención quirúrgica sin riesgos, seis indicadores: La clínica utiliza una marca instantáneamente para reconocer el lugar de la cirugía y las técnicas invasivas, asegurando su consistencia en toda la clínica. El marcado del punto de la cirugía y del método invasivo lo ejecuta el profesional que realizara el procedimiento, comprometiendo al paciente en el proceso. La Clínica, antes del procedimiento utiliza una lista de verificación u otra técnica para registrar: la verificación del consentimiento informado correcto, el paciente correcto, identificación del sitio del procedimiento correcto, documentos, y equipamiento médico necesarios accesibles, correctos y funcionando adecuadamente. Antes de iniciar la intervención o el procedimiento invasivo, el equipo quirúrgico completo ejecuta y registra una pausa prequirúrgica en el área donde se realizará el procedimiento. La pausa prequirúrgica implica el reconocimiento del paciente correcto, la confirmación del sitio correcto, el procedimiento correcto a realizar, y la confirmación del proceso concluido con la verificación adecuada. Cuando se realizan cirugías, incluyendo procedimientos médicos y dentales en lugares distintos al quirófano, la clínica emplea procesos homogéneos para asegurar la correcta identificación del sitio, procedimiento y paciente correcto. Dimensión 5 disminuir la probabilidad de contagios intrahospitalarias, tres indicadores: La clínica ha implementado las normas actuales de lavado de manos sustentados en las certificaciones. Además, la clínica ejecuta un plan eficaz de higiene de manos en toda la institución. Realiza el aislamiento de los pacientes según normas y protocolos aplicando medidas adecuadas para cada paciente. Dimensión 6 reducir riesgo de daño al enfermo por caídas, tres indicadores: La clínica instala una técnica de valoración a todos los enfermos internados y de atención ambulatoria cuyo diagnóstico, situación o ubicación son reconocidas con un potencial riesgo de caídas. La clínica implanta un procedimiento de valoración inicial, reevaluación e intervención para los pacientes internados y ambulatorios reconocidos con un potencial riesgo de caídas, sustentado en Criterios

documentados. Se aplican medidas para disminuir el peligro de caídas para aquellos pacientes, en situaciones y ubicaciones considerados con potencial riesgo.

En cuanto a la escala de medición fue ordinal, evaluándose la variable bajo tres categorías: alto (57-84), medio (29-56) y bajo (1-28), utilizando la escala de Likert para cada opción.

La población de estudio es un grupo, específico, delimitado y asequible, que cumple con criterios predeterminados. Arias- (2016).

En este estudio, la población está constituido por todos los enfermeros, sumando un total de 47 licenciados que cumplen con las características necesarias para ser estudiadas, el principio de inclusión: enfermeras que mantengan vínculo laboral en las áreas hospitalarias de enfermería; los criterios de exclusión: Técnicas de enfermería, licenciados de enfermería que estén de vacaciones, licenciados de enfermería que no asistan a laborar por encontrarse con licencia y/o descanso por enfermedad.

La muestra fue intencional o premeditada donde el investigador determina según las metas los componentes que conformaran la muestra, considerando unidades características de la población a estudiar López (2004). El muestreo fue no aleatorio, o muestreo por conveniencia, en la cual no toda la muestra tiene la misma posibilidad de ser designada y la posibilidad de elección de cada unidad es desconocida (2004). El procedimiento de recopilación de información empleada fue la encuesta, que busca indagar el criterio de una parte de la población sobre un problema específico. Mediante la encuesta, se obtiene datos de interés, opiniones relevantes sobre el tema de interés del estudio (Sierra 1985, citado por Montes 2000).

Se utilizó como instrumento un cuestionario, que se compone de una serie de preguntas formuladas por escrito para obtener la opinión de ciertas personas sobre un asunto. Este medio de comunicación escrito permite interpretar las metas y variables del estudio, en preguntas específicas, preparadas cuidadosamente para ser analizadas con respecto al problema investigado. Según Arias et al. (2020), el cuestionario debe estar redactado de forma coherente, organizada, secuenciada y estructurada, para conseguir todos los datos requeridos.

La validez de un instrumento implica la capacidad de medir lo que realmente pretende medir (autenticidad) y no puede expresarse cuantitativamente, siendo más

una cuestión de criterio, evaluada de manera personal o compartida mediante el Juicio de Expertos para conocer la posibilidad de error en la estructura del instrumento Franco, (2009).

La confiabilidad se refiere a la exactitud con la que un conjunto de puntuaciones de pruebas mide el objetivo deseado. Se cuestiona cuán fielmente los ítems, reactivos o tareas representan el universo del cual se originaron, (2009). La certificación y veracidad del instrumento para esta investigación se realizó a través de la evaluación de expertos (asesor del taller) para asegurar la validez de constructo, se elaboró una prueba piloto y se realizó un análisis de ítems. La confianza se determinó usando el factor Alfa de Cronbach, uso del sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences), tras realizar un ensayo inicial con 19 participantes.

Los resultados de los 28 ítems fueron los siguientes:

### **Tabla1**

*Confiabilidad de los ítems del instrumento en la medición.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,815	28

El resultado de la prueba de confianza fue de 0.815. valor que indica un buen nivel de consistencia y confiabilidad entre los 28 ítems del instrumento, esto significa que las preguntas son consistentes para la recopilación de información.

En este estudio, los datos fueron organizados inicialmente en Microsoft Office Excel, considerando la cantidad de componentes por dimensión, la suma parcial, así como el total acumulado de los datos recopilados mediante el instrumento que mide la variable. Posteriormente, estos datos fueron migrados al paquete estadístico IBM SPSS Statistics, para su análisis correspondiente según la variable de estudio.

Se comenzó con el análisis de estadísticos descriptivos, presentados en tablas de frecuencia para desagregar la información en categorías o frecuencias, acompañados de gráficos para visualizar los datos de manera efectiva durante la presentación.



Para contrastar hipótesis, se utilizó Prueba Wilcoxon para muestras emparejadas con un grado de significación de 0.05, esta prueba comparó la variabilidad de rangos alcanzados entre el ensayo previo y post test, evaluando así la variación anterior y posterior al procedimiento aplicado.

El método de recopilación de información comenzó con la conformidad y aprobación administrativa por parte de la autoridad institucional, en este caso el director médico. Luego, en coordinación con la jefa del área de enfermería, se organizó una charla de presentación de la investigación sobre estándares del cuidado del enfermo en las áreas hospitalarias. Durante esta charla se explicó la importancia de la medición, las ventajas tanto para el personal como para los pacientes, y se proporcionó orientación sobre cómo completar las encuestas y utilizar el instrumento adecuado.

Se aplicó un pretest a cada profesional de enfermería en un ambiente adecuado y personalizado. Posteriormente, se llevaron a cabo cinco jornadas de capacitación sobre el tema de investigación, que incluyeron dos sesiones teóricas (día 2 y día 4) y dos sesiones prácticas in situ (día 3 y día 5). Finalmente, se realizó un post test para recoger la información final después de completar todo el proceso de capacitación. En resumen, el procedimiento incluyó una jornada de inducción y sensibilización (día 1), pretest, capacitación teórica y práctica, culminando con el post test para evaluar el impacto del entrenamiento recibido en los estándares del cuidado del enfermo.

La investigación se realizó con una estricta adherencia a principios éticos desde su inicio obteniendo la autorización por parte de la autoridad institucional, el director Médico, y coordinando con las autoridades de enfermería. Se siguieron las normas APA versión 7, respetando los derechos de autor y previniendo el plagio. Se respetaron los fundamentos íntegros del código de la UCV, Declaración de Helsinki y el reporte de Belmont, asegurando el secreto y la privacidad de los involucrados. La beneficencia del estudio reflejó en hallazgos que pueden mejorar la seguridad del paciente en enfermería. Además, se citó a Ojeda & Quintero, (2007) y Cortina & Martínez, (1996), quienes destacaron que la ética es una consideración lógica acerca de lo moral, enfocada en comprender la dimensión moral de la persona.

### III. RESULTADOS

Teniendo en cuenta que las dimensiones analizadas fueron: Dimensión 1: reconocimiento preciso del enfermo; dimensión 2: Optimizar la comunicación eficaz; dimensión 3: perfeccionar la seguridad en el manejo de fármacos de alto riesgo; dimensión 4: Asegurar un acto quirúrgico en el sitio, el paciente y el procedimiento correcto; dimensión 5: Reducción del riesgo de infecciones nosocomiales; dimensión 6: Disminuir el riesgo de lesiones a las pacientes causadas por caídas.

Los resultados descriptivos se enfocaron en las mismas dimensiones, pero evaluadas en distintos momentos: la primera, antes de la capacitación y la segunda, después de la capacitación. Los resultados fueron los siguientes:

Evaluación del Pre-Test.

**Tabla 2**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la variable estándares de protección del enfermo en los servicios de enfermería en la valoración del pretest*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	0	0,0	0,0
Medio	13	27,7	27,7
Alto	34	72,3	100,0
Total	47	100,0	

Se apreció que, de 47 personas evaluadas, el 72,3% estuvieron en la categoría 'Alto', mientras que en la categoría 'Medio' hubo un 27,7%. Ninguna persona evaluada estuvo dentro de la categoría 'Malo'. Esto sin duda es positivo dado que se tiene un manejo del estándar con tendencia a alto.

Por otra parte, cuando se hizo el análisis detallado para cada una de las dimensiones se observó una clara tendencia mayoritaria en la categoría 'Medio' para la dimensión 2 Optimizar la comunicación eficaz y la dimensión 3 perfeccionar la seguridad en fármacos potencialmente peligrosos. Las demás dimensiones analizadas la tendencia mayoritaria se ubicó en la categoría de alta, aunque hubo un porcentaje importante

ubicado dentro de la categoría 'Medio'. La única excepción percibida fue en el caso de la dimensión 1 Identificación correctamente a los pacientes en donde la mayoría absoluta estuvieron en la categoría 'Alto' con un 93,6% del total, Como se evidencia en la tabla siguiente:

**Tabla3**

*Frecuencias obtenidas en los niveles de las dimensiones de las variables estándares de protección del enfermo en los servicios de enfermería en la evaluación del pretest.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	N	%	n	%
D1: Pre Test	0	0,0	3	6,4	44	93,6
D2: Pre Test	0	0,0	40	85,1	7	14,9
D3: Pre Test	0	0,0	43	91,5	4	8,5
D4: Pre Test	0	0,0	11	23,4	36	76,6
D5: Pre Test	0	0,0	10	21,3	37	78,7
D6: Prueba inicial	0	0,0	18	38,3	29	61,7

Se aprecia la distribución de las frecuencias obtenidas en las categorías de las dimensiones evaluadas (D1, D4, D5, D6) muestran un alto cumplimiento de los estándares de protección al enfermo en los servicios hospitalarios. Sin embargo, D2 y D3 presentan una mayor proporción de evaluaciones en la categoría "Medio", indicando áreas potenciales de mejora.

Evaluación del Post Test.

**Tabla4**

*Frecuencias obtenidas en las categorías del indicador de estándares de protección del paciente en los servicios de enfermería en la evaluación de la prueba fina.*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	0	0,0	0,0
Medio	0	0,0	0,0
Alto	45	95,7	100,0
Perdidos Sistema	2	4,3	
Total	47	100,0	

La evaluación post test muestra una mejora significativa en la adherencia a las normas de seguridad del enfermo en los servicios de enfermería, con el 95.7% de las observaciones en la categoría "Alto", teniéndose 2 observaciones que representan el 4.3% del total de datos, que no se pudieron categorizar (datos perdidos), profesionales estuvieron de vacaciones cuando se realizó la recolección de datos de la Prueba final. El análisis sugiere que las intervenciones implementadas fueron efectivas. No hubo observaciones en las categorías "Bajo" o "Medio".

**Tabla5**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de las dimensiones de las variables estándares de protección del enfermo en los servicios de enfermería en la evaluación del post test.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D1: Post Test	0	0,0	0	0,0	45	100,0
D2: Post Test	0	0,0	2	4,4	43	95,6
D3: Post Test	0	0,0	2	4,4	43	95,6
D4: Post Test	0	0,0	0	0,0	45	100,0
D5: Prueba final	0	0,0	1	2,2	44	97,8
D6: Post Test	0	0,0	1	2,2	44	97,8

Contraste de hipótesis: Hipótesis General: Nivel de efectividad de la aplicación del modelo de seguridad en la atención que brinda enfermería al enfermo en áreas hospitalarias de la CJDN.2016.

Asimismo, en todas las dimensiones evaluadas, la gran parte de casos se sitúan en el nivel "Alto", indicando una categoría superior de cumplimiento de los estándares de protección del paciente. Las dimensiones D1 y D4 muestran un cumplimiento perfecto con el 100% de los casos en "Alto". Las dimensiones D2, D3, D5 y D6 también muestran un alto cumplimiento, con más del 95% de los casos en "Alto".

**Tabla6**

*Frecuencias obtenidas en las categorías del parámetro de estándares de protección del paciente en los servicios de enfermería en la evaluación del ensayo previo y la prueba final.*

Pruebas	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	n	%	n	%
PRETEST	0	0	13	27,7	34	72,3
POSTEST	0	0	0	0,0	45	95,7

En el análisis comparativo se apreció que hubo diferencia porcentual entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 27,7% de encuestados en la categoría 'Medio' mientras que en el caso de la evaluación post test no hubo nadie (0,0%). En la categoría 'Alto' en el pretest hubo un 72,3% mientras que en el post test fue de 95,7%.

Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos entre la prueba preliminar y la prueba final.

. Previamente a la prueba de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis alternativas:

$H_a$ : Las proporciones del nivel de efectividad de la aplicación de normativas de seguridad en el cuidado que ofrece enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación de la prueba preliminar y la prueba final.

$H_0$ : Las proporciones del grado de efectividad de la aplicación de protocolos de seguridad en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es igual para la evaluación de la prueba preliminar y la prueba final.

Los resultados de esta prueba fueron los siguientes:

## Tabla7

*Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la variable estándares de protección del paciente en los servicios de enfermería en la evaluación del ensayo previo y la prueba final.*

Estadístico	POSTEST - PRETEST
Z	-3,317 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,001

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. fundamentado en los valores negativos de los rangos

Se examinó que la relevancia alcanzada fue ( $p=0,00<0,05$ ) menor al nivel de significación propuesto, por lo que hay hechos suficientes para desestimar la hipótesis nula y confirmar que las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de indicadores de seguridad en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es diferente para la evaluación pretest y post test. Esta conclusión parcial lleva a demostrar la hipótesis de investigación, en donde se propuso: que es alto el grado de eficacia en la aplicación de protocolos de seguridad, en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN, pues si quedó demostrado que hay diferencias en las evaluaciones consecutivas, quiere decir que la información vista en los porcentajes de la tabla 6 (con 72,3% de la categoría 'Alto' en la prueba preliminar y de 95,7% en prueba final) fueron significativas y en consecuencia el programa sí fue efectivo.

HE 1: Índice de efectividad en la aplicación de estándares de cuidado del Paciente según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2015.

**Tabla8**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 1 Identificación correcta de los pacientes en los servicios de hospitalización de enfermería en la valoración de la prueba preliminar y la prueba final.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D1: Pre-Test	0	0,0	3	6,4	44	93,6
D1: Post Test	0	0,0	0	0,0	45	100,0

En el análisis se apreció que hubo diferencia porcentual pequeña entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 93,6% de encuestados en la categoría 'Alto' mientras que en el caso de la evaluación post test hubo un 100,0%. Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos entre la prueba preliminar y la prueba final.

Previamente a la prueba de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis alternativas:

Ha: Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación prueba preliminar y la prueba final.

Ho: Las proporciones del grado de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es igual para la valoración prueba preliminar y la prueba final.

Los resultados de esta prueba fueron los siguientes:



## Tabla9

*Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los servicios de enfermería en la valoración de la prueba preliminar y la prueba final.*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	D1: Post Test – D1: Pre-Test
Z	-1,414 <sup>b</sup>
Sig. Asintót. (bilateral)	0,157

- a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- b. fundamentado en los valores negativos de los rangos

Se contemplo que la importancia obtenida fue ( $p=0,157>0,05$ ) mayor al nivel de significación propuesto, por lo que hay hechos suficientes para no refutar la hipótesis nula y asegurar que Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brida enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es igual para la evaluación de la prueba preliminar y la prueba final.

Esto no demostraría la hipótesis de investigación, señalando para el caso de esta dimensión, el programa no fue efectivo, ya que hubo suficiente conocimiento previo que no significó diferencias después de la capacitación, como se apreció en la tabla 8.

HE 2: Nivel de Efectividad de la Implementación de los estándares de cuidados del paciente según el indicador comunicación eficaz en los servicios hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2015.

**Tabla10**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 2 Información positiva en los servicios hospitalarios de enfermería en la evaluación del pretest y post test.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D2: Pre-Test	0	0,0	40	85,1	7	14,9
D2: Post Test	0	0,0	2	4,4	43	95,6

En el análisis se apreció que hubo diferencia porcentual entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 14,9% de encuestados en la categoría 'Alto' mientras que en el caso de la evaluación post test hubo un 95,6%, asimismo en la categoría 'Medio' el 85,1% fue de la prueba inicial mientras que en la prueba final fue de 4,4%.

Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos entre el pretest y el post test. Previamente al examen de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis de estudio:

H<sub>a</sub>: Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión información eficaz en los Servicios Hospitalarios en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación de la prueba inicial y prueba final

H<sub>0</sub>: Las proporciones del grado de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Comunicación positiva en los Servicios Hospitalarios en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es igual para la evaluación pretest y post test.

Los resultados de esta prueba fueron:

## Tabla 11

*Test de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 2 Información eficaz en los servicios de enfermería en la evaluación de la prueba inicial y prueba final.*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	D2: Post Test - D2: Pre-Test
Z	-6,000 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. fundamentado en los valores negativos de los rangos

Se examinó que la relevancia obtenida fue ( $p=0,000<0,05$ ) menor al nivel de significación propuesto, por lo que hay hechos suficientes para refutar la hipótesis nula y asegurar que las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión información eficaz en los Servicios Hospitalarios, en la atención que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación pretest y post test.

Esta conclusión parcial lleva a demostrar la hipótesis de investigación, en donde se propuso que Es alto el grado de eficacia de la implantación de estándares de seguridad en la dimensión Comunicación efectiva en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN, pues si quedó demostrado que hay diferencias en las evaluaciones consecutivas, quiere decir que la información vista en los porcentajes de la tabla 10 (con 14,9% de la categoría 'Alto' en prueba inicial 95,6% y prueba final fueron significativas y en consecuencia el programa si fue efectivo en esta dimensión analizada.

HE 3: Grado de eficiencia de la ejecución de los Estándares de cuidado del enfermo según la dimensión Seguridad de los fármacos de alto riesgo en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2015

**Tabla12**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 3: Garantizando la administración segura de fármacos de alto riesgo en los servicios de enfermería hospitalaria en la evaluación del pretest y del post test.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D3: Pre-Test	0	0,0	43	91,5	4	8,5
D3: Post Test	0	0,0	2	4,4	43	95,6

En el análisis fue notorio que hubo diferencia porcentual considerable entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 8,5% de encuestados en la categoría 'Alto' mientras que en el caso de la evaluación post test hubo un 95,6%, asimismo en la categoría 'Medio' el 91,5% fue para la prueba inicial mientras que en la prueba final fue de 4,4%.

Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos entre el pretest y el post test. Previamente al examen de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis alternas:

H<sub>a</sub>: Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión seguridad en los fármacos de alto riesgo en los servicios hospitalarios de enfermería en el cuidado que brinda al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es diferente para la evaluación prueba inicial y prueba final.

H<sub>0</sub>: Las proporciones del grado de eficacia de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión seguridad en los fármacos críticos en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brinda al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es igual para la evaluación prueba inicial y prueba final.

Los resultados de esta prueba fueron los siguientes:

### Tabla13

*Examen de Wilcoxon para el contraste de la teoría de la dimensión cuidado en los fármacos de alto riesgo en los servicios de enfermería en la evaluación del pretest y del post test.*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	D3: Post Test - D3: Pre-Test
Z	-6,245 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. fundamentado en los valores negativos de los rangos

Se examino que la obtenida fue ( $p=0,000<0,05$ ) menor al nivel de significación propuesto, por lo que hay pruebas suficientes para refutar la hipótesis nula y confirmar que Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Seguridad en los fármacos de alto riesgo en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brida al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación pretest y post test.

Esta conclusión parcial lleva a demostrar la hipótesis de investigación, en donde se propuso que Es alto el nivel de eficacia de aplicar estándares de seguridad en el indicador de cuidado en el manejo de fármacos de alto riesgo en el cuidado que brida enfermería a los enfermos en las áreas hospitalarios de la CJDN, pues si quedó demostrado que hay diferencias en las evaluaciones consecutivas, quiere decir que la información vista en los porcentajes de la tabla 12 (con 8,5% de la categoría 'Alto' en la prueba inicial y de 95,6% en el prueba final) fueron significativas y en consecuencia el programa si fue efectivo en esta dimensión analizada.

HE 4: Nivel de Efectividad de la implantación de los Estándares de cuidado del enfermo según la dimensión Cirugía Segura en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2015.

**Tabla14**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 4: Cirugía Segura en los servicios hospitalarios de enfermería en la evaluación del pretest y del post test*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D4: Pre-Test	0	0,0	11	23,4	36	76,6
D4: Post Test	0	0,0	0	0,0	45	100,0

En el análisis fue notorio que hubo diferencia porcentual entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 76,6% de encuestados en la categoría 'Alto' mientras que en el caso de la evaluación post test hubo un 100%, asimismo en la categoría 'Medio' el 23,4% fue la prueba inicial mientras que en la prueba final no hubo nadie.

Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos entre la prueba inicial y la prueba final. Previamente a la prueba de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis alternas:

$H_a$ : Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión cirugía segura en los servicios hospitalarios en el cuidado que ofrece al paciente en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación prueba inicial y la prueba final.

$H_0$ : Las proporciones del grado de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Cirugía Segura en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brinda al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es igual para la evaluación prueba inicial y la prueba final.

Los resultados de esta prueba fueron los siguientes:

**Tabla 15**

*Análisis de Wilcoxon para la hipótesis alterna de la dimensión 4: Cirugía Segura en los servicios de enfermería en la valoración de la prueba inicial y la prueba final.*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	D4: prueba final - D4: prueba inicial
Z	-3,000 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,003

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. fundamentado en los valores negativos de los rangos

Se verifico que la importancia obtenida fue ( $p=0,003<0,05$ ) menor al nivel de significación propuesto, por lo que hay hechos suficientes para refutar la hipótesis nula y confirmar que Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Cirugía Segura en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que ofrece al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación pretest y post test.

Esta conclusión parcial lleva a demostrar la hipótesis de investigación, en donde se propuso que es alto el grado de eficacia de la aplicación de estándares de seguridad en la dimensión Cirugía Segura en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN, pues si quedó demostrado que hay diferencias en las evaluaciones consecutivas, quiere decir que la información vista en los porcentajes de la tabla 14 con 76,6% de la categoría 'Alto' en la evaluación previa y de 100% en el evaluación posterior, fueron significativas y en consecuencia el programa si fue efectivo en esta dimensión analizada.

HE 5: Grado de efectividad en la aplicación de los estándares de cuidado del enfermo según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias a en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2015.

**Tabla16**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 5: Minimizar el riesgo de infecciones intrahospitalarias en los servicios de enfermería en la valoración del examen preliminar y el examen posterior.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D5: Pre-Test	0	0,0	10	21,3	37	78,7
D5: Post Test	0	0,0	1	2,2	44	97,8

En el análisis se vio que hubo diferencia porcentual entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 78,7% de encuestados en la categoría 'Alto' mientras que en el caso de la evaluación post test hubo un 97,8%, asimismo en la categoría 'Medio' el 21,3% fue del pretest mientras que en el post test solamente hubo 2,2%.

Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos en el pretest y la prueba posterior. Previamente a la prueba de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis alternas.

$H_a$ : Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que ofrece al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es diferente para la evaluación pretest y post test.

$H_0$ : Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que ofrece al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN es igual para la evaluación previa y la evaluación posterior



**Tabla17**

*Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión 5: Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias en los servicios de enfermería en la evaluación del pretest y del post test.*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	D5: Post Test - D5: Pre-Test
Z	-2,646 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,008

Se apreció que la importancia obtenida fue ( $p=0,008<0,05$ ) menor al nivel de significación propuesto, por lo que hay hechos suficientes para denegar la hipótesis nula y confirmar que Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en que ofrece al paciente en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación pre test y post test.

Esta conclusión parcial lleva a demostrar la hipótesis de investigación, en donde se propuso que Es alto el grado de efectividad de la instalación de estándares de seguridad en la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias en el cuidado que brinda enfermería al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN, pues si quedó demostrado que hay diferencias en las evaluaciones consecutivas, quiere decir que la información vista en los porcentajes de la tabla 16 con 78,7% de la categoría 'Alto' en la Prueba inicial y de 97,8% Prueba final fueron significativas y en consecuencia el programa si fue efectivo en esta dimensión analizada.

HE 6: Grado de eficacia en la aplicación de los indicadores de seguridad del enfermo según la dimensión peligro de lesiones al paciente debido a caídas en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016.

**Tabla18**

*Frecuencias obtenidas en las categorías de la dimensión 6: Peligro de daño al enfermo por caídas en los servicios hospitalarios de enfermería en la evaluación previa y la evaluación posterior.*

DIMENSIONES	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
D6: Pre-Test	0	0,0	18	38,3	29	61,7
D6: Post Test	0	0,0	1	2,2	44	97,8

Se vio que hubo diferencia porcentual entre las frecuencias de las categorías evaluadas, pues en el resultado del pretest hubo un 61,7% de encuestados en la categoría 'Alto' mientras que en el caso de la evaluación post test hubo un 97,8%, asimismo en la categoría 'Medio' el 38,3% fue de la evaluación previa mientras que la evaluación posterior solamente hubo 2,2%.

Con estos resultados preliminares fue necesario contrastar los porcentajes obtenidos entre el pretest y el post test. Previamente al examen de Wilcoxon se plantearon las siguientes hipótesis alterna:

H<sub>a</sub>: Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión Peligro de lesiones al paciente debido a caídas en los servicios hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brinda al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación pretest y post test.

H<sub>0</sub>: Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión: peligro de lesiones al paciente debido a caídas en los servicios hospitalario de la CJDN es igual para la evaluación pretest y post test.

Los resultados de esta prueba fueron los siguientes:

### Tabla19

*Prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de la dimensión peligro de lesiones al paciente debido a caídas en los servicios de enfermería en la evaluación del pretest y de la prueba final.*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	D6: Prueba final-D6: Prueba inicial
Z	-3,873 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. fundamentado en los valores negativos de los rangos

Se apreció que la importancia obtenida fue ( $p=0,000<0,05$ ) menor al nivel de significación propuesto, por lo que hay hechos suficientes para denegar la hipótesis nula y confirmar que Las proporciones del nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad según la dimensión peligro de lesiones al paciente debido a caídas en los Servicios Hospitalarios de Enfermería en el cuidado que brinda al enfermo en las áreas hospitalarios de la CJDN es diferente para la evaluación pre test y post test.

Esta conclusión parcial lleva a demostrar la hipótesis de investigación, en donde se propuso que Es alto el nivel de efectividad de la aplicación de indicadores de seguridad en la dimensión: peligro de lesiones al paciente debido a caídas, en el cuidado que brinda al enfermo en las áreas hospitalarias de la CJDN, pues si quedó demostrado que hay diferencias en las evaluaciones consecutivas, quiere decir que la información vista en los porcentajes de la tabla 18 (con 61,7% de la categoría 'Alto' en la evaluación previa y de 97,8% evaluación posterior) fueron significativas y en consecuencia el programa si fue efectivo en esta dimensión analizada.

#### IV. DISCUSIÓN

Al comparar la hipótesis general, se detectaron variaciones importantes entre los grupos del pretest y la prueba final, mostrando una mayor efectividad en la aplicación de indicadores de seguridad por el personal de enfermería en el último grupo evaluado. Esto indica que la capacitación fue positiva para adquirir y aplicar nuevos conocimientos en la práctica profesional, tal como lo consideran Wegner & Rubim, (2012) y Briceño et al. (2011) subrayan la importancia de diseñar intervenciones educativas centradas en la protección del paciente, involucrando tanto al sector público como privado, y la necesidad de concienciar y capacitar al personal sobre la seguridad del paciente y la importancia de reportar situaciones críticas.

Como primera hipótesis específica, no se evidenciaron variaciones sustanciales en las proporciones de los evaluados según las categorías. Esto sugiere que las habilidades del personal para la correcta identificación de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería de la CJDN son altas, ya que los porcentajes fueron similares en la prueba inicial y final. Este hallazgo es coherente con las observaciones dentro de la clínica y los protocolos internos, conforme a la norma técnica peruana, la JCI (2014) y el estudio de Oliva et al. (2014), que indica que los problemas de identificación del paciente son los de menor índice de error, debido a la clara comprensión de este principio por parte de las enfermeras en el cuidado del paciente.

Como segunda hipótesis, se encontró una disparidad significativa entre las evaluaciones de la prueba inicial y final, indicando una mejora sustancial en la dimensión de información eficaz en los servicios hospitalarios de enfermería en la CJDN. Esta mejora es beneficiosa, ya que una comunicación efectiva puede prevenir numerosas complicaciones para los pacientes, e incluso salvar vidas. Esto es consistente con lo estipulado por la JCI (2014) y respaldado por Martínez (2015), quien destaca la importancia de la comunicación para la atención segura del paciente.

En la tercera hipótesis específica, se detectaron variaciones importantes entre las revisiones del examen previo y la prueba posterior, siendo esta última mejor. La

dimensión de seguridad en el manejo de fármacos de alto riesgo en los servicios hospitalarios de enfermería de la CJDN es crucial, ya que su mal manejo puede causar graves problemas. La JCI (2011) subraya la importancia de este protocolo. Afortunadamente, en la CJDN no se han presentado estas complicaciones, a diferencia de lo encontrado por Briceño et al. (2011), donde el 61% de los entrevistados desconocían los incidentes desfavorables que pueden ocurrir si no se aplica correctamente este procedimiento normado.

Como cuarta hipótesis específica, se encontraron diferencias en las evaluaciones de la efectividad de la implementación de estándares de seguridad en la dimensión de cirugía segura en los servicios hospitalarios de enfermería de la CJDN. Estas diferencias resultan beneficiosas para el personal de la clínica, a pesar de contar con un protocolo exclusivo para este procedimiento de salud. La implementación de estos estándares es esencial en la actividad médica en cirugía, según lo señalado por la JCI (2010).

Como quinta hipótesis específica, se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones relacionadas con la aplicación de normas de seguridad para controlar el riesgo de infecciones nosocomiales, según la JCI este procedimiento es crucial no solo para la asistencia que los enfermeros deben ofrecer, sino también para la recuperación eficiente de los pacientes. La falta de aplicación de estas normas puede afectar negativamente el prestigio y los ingresos económicos de la clínica. Wegner & Rubim, (2012) destacan que esta política debe ser una norma pública aplicable en todas las instancias del sistema sanitario, no solo en el sector privado.

Como última hipótesis específica, en la dimensión de peligro de lesiones al paciente debido a caídas en los servicios hospitalarios de la CJDN, se observaron diferencias importantes entre las evaluaciones inicial y final, siendo mucho mayor en el post test. La JCI (2011) recomienda minimizar este riesgo al máximo, ya que las caídas pueden complicar gravemente la salud de los pacientes, una preocupación también destacada por Santana (2014).

## V. CONCLUSIONES

En relación con la primera conclusión los niveles de efectividad de la capacitación en la aplicación de normas de seguridad por enfermería en las áreas hospitalarias de la CJDN fueron significativamente más altos en la evaluación post-test comparada con el pretest, demostrando la efectividad del entrenamiento.

En la segunda conclusión La efectividad en la implementación de estándares de seguridad para el reconocimiento correcto de los pacientes fue alta tanto en la evaluación pretest como en el post-test, indicando que el personal ya contaba con el conocimiento necesario en esta área.

En relación con la tercera conclusión la aplicación de indicadores de seguridad, especialmente en la comunicación efectiva durante la atención al paciente, mostró un incremento considerable de efectividad en la evaluación post-test comparada con el pretest, demostrando la eficiencia de la capacitación.

En la cuarta conclusión, la efectividad en la aplicación de protocolos de seguridad para el manejo de fármacos de alto riesgo mejoró notablemente tras la capacitación, según los resultados de los post-test comparados con el pretest.

En relación con la quinta conclusión la capacitación en la implementación de estándares de seguridad en cirugía segura fue exitosa, evidenciada por un aumento sustancial en la efectividad de la prueba final en comparación con el pretest.

En relación con la sexta conclusión la capacitación en la aplicación de estándares de seguridad para minimizar el riesgo de infecciones intrahospitalarias fue efectiva, como se demuestra por el aumento significativo en la eficiencia de la prueba final en comparación con la inicial.

Finalmente, en relación con la séptima conclusión, capacitación en la implementación de lineamientos de seguridad para prevenir caídas en los servicios hospitalarios de enfermería fue efectiva, demostrada por un aumento importante de la eficacia en la prueba final en comparación con la inicial

## **VI. RECOMENDACIONES**

En primer lugar, Se recomienda a los directores de la CJDN establecer un programa continuo de actualización para el personal de enfermería, dado los resultados positivos demostrados en esta investigación.

En segundo lugar, Se recomienda que, desde la jefatura de enfermería, se fortalezca las acciones para implementar prácticas y normas unificadas en toda la clínica, para optimizar el manejo de medicamentos de alto riesgo y mejorar la higiene de manos previniendo infecciones intrahospitalarias, garantizando así la seguridad de los pacientes durante su estancia en la clínica.

En tercer lugar, se recomienda mejorar los procesos de comunicación e información para aumentar la seguridad del paciente, como el uso de registros médicos y la prescripción digitales. Asimismo, se deben buscar mecanismos para fomentar una actitud positiva en el personal de enfermería en el reporte y transferencia de pacientes, a través de capacitaciones de sensibilización, entre otros.

En cuarto lugar, se recomienda a los especialistas en normativas de seguridad del paciente evaluar periódicamente la efectividad de las medidas implementadas mediante evaluaciones programadas al personal, indicadores de desempeño y encuestas de satisfacción. Esto tiene el objetivo de desarrollar estrategias para la mejora continua.

Finalmente, se recomienda a los investigadores ampliar esta investigación en función a los hallazgos encontrados, especialmente en lo relativo a la prevención de caídas e infecciones intrahospitalarias, aspectos cruciales para los pacientes

## REFERENCIAS

- Altamirano, L. M., & Altamirano, A. M. (2013). *Diseños metodológicos en epidemiología. Epidemiología Clínica*, p.35.
- Alvarado, C. M. (2014). *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Alfonso, R. I. L. (2015). *Eventos adversos en recién nacidos de bajo peso para edad gestacional según la curva de Lubchenco con relación a la curva de referencia peruana en el Hospital III José Cayetano Heredia Piura*.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Novales, M. G. M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.
- Balbuena, L. L. (2010). *Calidad, control y evaluación de la atención de enfermería* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería Unidad de Posgrado e Investigación, Potosí, Bolivia.
- Blázquez-Sánchez, N., Rivas-Ruiz, F., Bueno-Fernández, S., Arias-Santiago, S., Fernández-Morano, M. T., & de Troya-Martín, M. (2020). Validación de un cuestionario para el estudio sobre hábitos, actitudes y conocimientos en foto protección en la población adulto juvenil: «cuestionario CHACES». *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(7), 579-589.
- Briceño, F., Suarez, J., & Toloza, F. J. (2011). *Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Santander HUS* (Tesis de especialidad). Universidad de Santander, Venezuela.
- Cabanillas Vargas, M. L., & Gonzales Cárdenas, E. (2018). *Razón enfermera-paciente y eventos adversos asociados al cuidado de enfermería en la UCI de cardio pediatría incor Lima, 2015-2016*.



Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1973). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.

Chow, A., Maye, E., Darzi, A., & Athanasiou, T. (2009). Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 146(3), 435-443.

Corrales, F. D. C. B. (2015). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista Científica CURAE*, 3(1), 43-52. Ferreñafe, Lambayeque, Perú durante el año 2015.

Cortina, A., Orts, A. C., & Navarro, E. M. (1996). *ética* (Vol. 4). Ediciones Akal.

Cuenya, L., & Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 271-277.

de Franco, C., & Josefina, Y. (2009). *Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos*. Corral de Franco, Yadira Josefina.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*, 44, 166-203.

Espinal, M. T., Yepes, L. M., & García, L. F. (2010). *Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos* (Tesis de especialidad). Universidad de Jalisco, México.

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS Proyecto Séneca, diciembre 2008. Ministerio de Sanidad y política - Universidad de Cádiz. -Madrid.

Estrategia para la Seguridad del Paciente. (2006). [Sevilla]: Consejería de Salud. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia\\_seguridad\\_paciente](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia_seguridad_paciente).

Evolución de la seguridad del paciente en el contexto mundial y su perspectiva en México. (2010). Secretaría Nacional de Salud.

Francia Minchola, C. C., & Neyra Ascorbe, J. D. R. (2015). *Incidencia y características epidemiológicas de los eventos adversos durante el parto y puerperio de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo-2011-2013.*

García, E. I. (2007). *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales* (Tesis doctoral). Universidad de Cádiz, España.

García Martín, P., Maull, E., González, P., Páez, M., Creus, F., & Sánchez, D. (2009). Control de calidad en los cuidados de enfermería en el post-cateterismo cardiaco. *Enferm. Cardio*, 46(1), 30-35.

Giraldo Arango, P. A., & Montoya Romero, M. I. (2013). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia, 2013* (Doctoral dissertation, Universidad CES).

Gutiérrez-Mendoza, L. M., Torres-Montes, A., Soria-Orozco, M., Padrón-Salas, A., & Ramírez-Hernández, M. E. (2015). Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. *Cirugía y Cirujanos*, 83(3), 211-216.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Los métodos mixtos. *Metodología de la Investigación*, 5, 544-599.

Para la acreditación de Hospitales, E. (2011). *Joint Commission International 4ta. Edición. Enero.*

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2011). *Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical/Health Care Error Reduction*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO.

Joint Commission International. (2014). *Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International*. 5ta edición.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press.

Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación* (Vol. 69). Editorial Alfa.

Ojeda, J., & Quintero, J. (2007). La ética en la investigación. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 9(2), 345-357.

López, P. L. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(08), 69-74.

Lozada, J. (2014). Investigación aplicada: Definición, propiedad intelectual e industria. *CienciAmérica: Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 3(1), 47-50.

Manrique-Guzmán, J. A., et al. (2022). Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Revista Estomatológica Herediana*, 32(1), 42-51.

Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Estudios experimentales 2 parte: estudios cuasiexperimentales. *International Journal of Morphology*, 33(1), 382-387.

Marcela, D. F. E., Sylvia, G. N. E., Carlos, L. C. E. J., & Aracely, T. M. E. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 694-704.

Martínez Chuquitapa, V. L. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015* (Tesis).

Martínez Sánchez, L., Trenchs Sainz de la Maza, V., Azkunaga Santibáñez, B., Nogué Xarau, S., Ferrer Bosch, N., García González, E., & Luaces Cubells, C. (2015). Impacto de acciones de mejora desarrolladas a partir de indicadores de calidad en el tratamiento de las intoxicaciones agudas pediátricas. *Emergencias*, 2016, 28(1), 31-37.

Matlow, A. G., Baker, G. R., Flintoft, V., Cochrane, D., Coffey, M., Cohen, E., ... & Nijssen-Jordan, C. (2012). Adverse events among children in Canadian hospitals: The Canadian paediatric adverse events study. *CMAJ*, 184(13), E709-E718.

Montes, G. (2000). Metodología y técnicas de diseño y realización de encuestas en el área rural. *Temas Sociales*, (21), 39-50.

Parrado, F. A., Abello, V., & Villamizar, L. (2017). Implementación de un protocolo de seguridad en la administración de quimioterapia En el servicio de Hematología de un hospital de cuarto nivel. *Acta Médica Colombiana*, 42(2), 112-120.

Ponce, J., Reyes, H., & Ponce, G. (2002). Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. *Revista de Salud; Calidad de Atención de Enfermería*, 19-22.

Restrepo Bastidas, J. C., Pitto Apio, C. M., Barrera Saavedra, L. M., & Ordoñez Benavides, V. M. (2014). *Herramientas prácticas para la seguridad del paciente en una institución privada de salud mental. Popayán 2013* (Bachelor's thesis, Universidad Ean).

Rodríguez, L. M. B., Rico, D. A. P., Ballesteros, N., Rodríguez, J., Carreño, Z. O., Bayona, L. G., & Polentino, C. V. (2011). Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 8(1), 75-83. España.

Delgado Rodríguez, M., & Llorca Díaz, J. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Revista española de salud pública*, 78, 141-148.

Rojas Beltrán, J. P. (2015). *Gestión de enfermería y el comportamiento de indicadores de calidad de atención de enfermería* (Doctoral dissertation).

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*, 22.

Salamano, M., Palchik, V., Botta, C., Colautti, M., Bianchi, M., & Traverso, M. L. (2013). Seguridad del paciente: aplicación de gestión de calidad para prevenir errores de medicación en el circuito de uso de medicamentos. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 28-35.

Santana, D.A. A. (2014). *Fractura de cadera: Análisis de Riesgo de Caída en población mexicana adulta mayor* (doctoral dissertation, universidad nacional autónoma de México).

Smits, M., Zegers, M., Groenewegen, P. P., Timmermans, D. R. M., Zwaan, L., Van der Wal, G., & Wagner, C. (2010). Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e5-e5.

Oliva, G., Álava, F., Navarro, L., Esquerra, M., Lushchenkova, O., Davins, J., & Vallès, R. (2014). Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el período 2010-2013. *Medicina Clínica*, 143, 55-61.

Vargas, M., & Recio, M. (2008). Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud*. Universidad de Michigan.

Vera Carrasco, O. (2006). Aspectos metodológicos para la publicación científica. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 51(1), 79-84.

Wegner, W., & Rubim, E. N. (2012). *La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil* (Tesis de doctorado). Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Wegner, W., & Pedro, E. N. R. (2012). La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 20, 427-434.

**ANEXOS**  
**ANEXO: 1 MATRIZ**

**DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

**Variable: Estándares de Seguridad del paciente**

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rango.
<b>D1: Identificar correctamente a los pacientes.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los pacientes son identificados por medio de dos identificadores de paciente, que no incluyen el uso del número de habitación o ubicación del paciente.</li> <li>2. Los pacientes son identificados antes de que se les suministren algún tratamiento y procedimiento diagnóstico.</li> </ol>	1-2	Ordinal
<b>D2: Mejorar la comunicación efectiva</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden verbal completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla.</li> <li>2. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden telefónica completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla.</li> <li>3. El receptor debe registrar y leer nuevamente el resultado completo de la prueba diagnóstica, y el individuo que proporcionó dicho resultado debe confirmarlo.</li> <li>4. El hospital ha definido quién notifica a quién de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.</li> <li>5. La clínica ha identificado la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente.</li> <li>6. El contenido importante estandarizado se comunica entre los proveedores de atención sanitaria durante las transferencias de atención al paciente.</li> <li>7. Los formularios, herramientas y métodos estandarizados respaldan un proceso de transferencia congruente y completa.</li> <li>8. Los datos de comunicaciones de transferencias se rastrean y usan para mejorar los enfoques de comunicación segura de transferencia.</li> </ol>	3-10	Ordinal
<b>D3: Mejorar la seguridad en los medicamentos De alto riesgo.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Clínica tiene una lista de medicamentos de alto riesgo, que incluye aquellos medicamentos con apariencia o nombre similar, que se ha desarrollado teniendo en cuenta los datos específicos de la clínica</li> <li>2. La clínica implementa estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, que pueden incluir procesos específicos de almacenamiento, prescripción, administración y monitorización.</li> <li>3. La ubicación, el etiquetado y el almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen medicamentos de apariencia o nombre similar, es uniforme en toda la clínica.</li> <li>4. La clínica tiene un proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados.</li> <li>5. Los electrolitos concentrados están presentes solo en las unidades de atención al paciente que se identifican como clínicamente necesarias.</li> </ol>	11-16	Ordinal

	<p>6. Los electrolitos concentrados que se almacenan en unidades de atención al paciente están claramente etiquetados y almacenados de tal forma que promueve su uso seguro.</p>		
<p><b>D4: Garantizar una cirugía en el lugar correcto con el procedimiento y al paciente correcto</b></p>	<p>1. La Clínica usa una marca reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía y del procedimiento invasivo que es consistente en toda la clínica.</p> <p>2. El marcado del sitio de la cirugía y del procedimiento invasivo es realizado por la persona que realiza el procedimiento e involucra al paciente en el proceso de marcado.</p> <p>3. La Clínica usa una lista de comprobación u otro proceso para registrar, antes del procedimiento, que el consentimiento informado es el correcto para el procedimiento, que se identificaron el sitio, procedimiento y paciente correctos, y que todos los documentos y el equipamiento médico necesario se encuentran disponibles, son los correctos y funcionan correctamente.</p> <p>4. El equipo quirúrgico completo realiza y registra un procedimiento de pausa prequirúrgica en el área en el cual se realiza la cirugía/procedimiento invasivo, antes de comenzar una cirugía/procedimiento invasivo.</p> <p>5. La pausa prequirúrgica incluye la identificación del paciente correcto, la lateralidad y el sitio correcto, el acuerdo sobre el procedimiento que debe realizarse, y la confirmación de haber realizado el proceso de verificación.</p> <p>6.. Cuando se realiza la cirugía, incluyendo procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano, la clínica usa procesos uniformes para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos.</p>	17-22	Ordinal
<p><b>D5: Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias</b></p>	<p>1. La clínica ha adoptado e implementado las directrices de higiene de manos basadas en la evidencia publicadas actualmente.</p> <p>2. La clínica implementa un programa de lavado efectivo de manos en todo el hospital.</p> <p>3. Realiza el aislamiento de los pacientes según normas y protocolos aplicando medidas adecuadas para cada paciente.</p>	23-25	Ordinal
<p><b>D6: Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas</b></p>	<p>1. La clínica implementa un proceso para evaluar a todos los pacientes hospitalizados y a aquellos pacientes ambulatorios cuya afección, diagnóstico, situación o ubicación los identifica como de alto riesgo de caídas.</p> <p>2. La clínica implementa un proceso para la evaluación inicial y continua, la reevaluación y la intervención de pacientes hospitalizados y ambulatorios que se identifican como en riesgo de caídas en base a los criterios registrados.</p> <p>3. Se implementan medidas para minimizar el riesgo de caídas para aquellos pacientes, situaciones y ubicaciones considerados en riesgo.</p>	26- 28	Ordinal

Fuente: Elaboración propia

**ANEXO: 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO:** “Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la JOINT COMMISSION en la CJDN, Periodo 2016”

**AUTOR:** Br María Silvia Angeles Ñiquén.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES					
<p><b>Problema principal:</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de efectividad de la implementación de los estándares de seguridad en los servicios hospitalarios de la CJDN?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>Problema Específico 1</p> <p>1. ¿Cuál es el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar el nivel de efectividad de la implementación de los estándares de seguridad del paciente en los servicios hospitalarios de la CJDN para la atención de los pacientes.</p> <p><b>Objetivos Específicos.</b></p> <p>1. ¿Determinar el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>Es alto el nivel de efectividad de la implementación de estándares de seguridad en la atención que brida enfermería al paciente en los servicios hospitalarios de la CJDN.2016.</p> <p><b>Hipótesis Especificas:</b></p> <p>1. Es Alto el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Identificación correcta de los pacientes en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016.</p>	<b>Variable 1: Estándares de Seguridad del Paciente</b>					
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Nivel</b>		
			<b>D1: Dominio Identificación del paciente,</b>	<p>1. Los pacientes son identificados por medio de dos identificadores de paciente, que no incluyen el uso del número de habitación o ubicación del paciente.</p> <p>2. Los pacientes son identificados antes de que se les suministren tratamientos y procedimientos diagnósticos.</p>	1-2	<p><b>Siempre: 3</b></p> <p><b>A veces: 2</b></p> <p><b>Nunca: 1</b></p>		
	<p>1. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden verbal completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla.</p> <p>2. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden telefónica completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla.</p> <p>3. El receptor debe registrar y leer nuevamente el resultado completo de la prueba diagnóstica, y el individuo que proporcionó dicho resultado debe confirmarlo.</p> <p>4. El hospital ha definido quién notifica a quién de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.</p> <p>5. La clínica ha identificado la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente.</p> <p>6. El contenido importante estandarizado se comunica entre los proveedores de atención sanitaria durante las transferencias de atención al paciente.</p>	3-10						



<p>2. ¿Cuál es el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Comunicación efectiva en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</p>	<p>2. ¿Determinar el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Comunicación efectiva en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</p>	<p>2. Es alto el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Comunicación efectiva en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016.</p>	<p><b>D2: Comunicación efectiva</b></p>	<p>7. Los formularios, herramientas y métodos estandarizados respaldan un proceso de transferencia congruente y completa.</p> <p>8. Los datos de comunicaciones de transferencias se rastrean y usan para mejorar los enfoques de comunicación segura de transferencia.</p>		
<p>3. ¿Cuál es el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Seguridad en los medicamentos de alto riesgo en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</p>	<p>3. ¿Determinar el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Seguridad en los medicamentos de alto riesgo en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</p>	<p>3. Es alto el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Seguridad en los medicamentos de alto riesgo en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016.</p>	<p><b>D3: Seguridad en los medicamentos de alto riesgo,</b></p>	<p>1. La Clínica tiene una lista de medicamentos de alto riesgo, que incluye aquellos medicamentos con apariencia o nombre similar, que se ha desarrollado teniendo en cuenta los datos específicos de la clínica.</p> <p>2. La clínica implementa estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, que pueden incluir procesos específicos de almacenamiento, prescripción, administración y monitorización.</p> <p>3. La ubicación, el etiquetado y el almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen medicamentos de apariencia o nombre similar, es uniforme en toda la clínica.</p> <p>4. La clínica tiene un proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados.</p> <p>5. Los electrolitos concentrados están presentes solo en las unidades de atención al paciente que se identifican como clínicamente necesarias.</p> <p>6. Los electrolitos concentrados que se almacenan en unidades de atención al paciente están claramente etiquetados y almacenados de tal forma que promueve su uso seguro.</p>	<p>11-16</p>	
<p>4. ¿Cuál es el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Cirugía Segura en los Servicios</p>	<p>4. ¿Determinar el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión</p>	<p>4. Es alto el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión</p>	<p><b>D4: Cirugía segura</b></p>	<p>1. La Clínica usa una marca reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía y del procedimiento invasivo que es consistente en toda la clínica.</p> <p>2. El marcado del sitio de la cirugía y del procedimiento invasivo es realizado por la persona que realiza el procedimiento e involucra al paciente en el proceso de marcado.</p> <p>3. La Clínica usa una lista de comprobación u otro proceso para registrar, antes del procedimiento, que el consentimiento informado es el correcto para el procedimiento, que se identificaron el sitio, procedimiento y paciente correctos, y que todos los documentos y el equipamiento</p>		

<p><i>Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</i></p> <p>5. <i>¿Cuál es el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias a en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</i></p> <p>6. <i>¿Cuál es el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión riesgo de daño al paciente por caídas, en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</i></p>	<p><i>Cirugía Segura en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</i></p> <p>5. <i>¿Determinar el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias a en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016?</i></p> <p>6. <i>Determinar el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión riesgo de daño al paciente por caídas, en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, ¿2016?</i></p>	<p><i>Cirugía Segura en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016</i></p> <p>5. <i>Es alto el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias a en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016.</i></p> <p>6. <i>Es alto el Nivel de Efectividad de la Implementación de los Estándares de Seguridad del Paciente según la dimensión riesgo de daño al paciente por caídas, en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la Joint Commission en la CJDN, 2016.</i></p>	<p><b>D5:</b></p> <p><i>Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias</i></p> <p><b>D6:</b></p> <p><b>Prevención de caídas,</b></p>	<p><i>médico necesario se encuentran disponibles, son los correctos y funcionan correctamente.</i></p> <p>4. <i>El equipo quirúrgico completo realiza y registra un procedimiento de pausa prequirúrgico en el área en el cual se realiza la cirugía/procedimiento invasivo, antes de comenzar una cirugía/procedimiento invasivo.</i></p> <p>5. <i>La pausa prequirúrgica incluye la identificación del paciente correcto, la lateralidad y el sitio correcto, el acuerdo sobre el procedimiento que debe realizarse, y la confirmación de haber realizado el proceso de verificación.</i></p> <p>6. <i>Cuando se realiza la cirugía, incluyendo procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano, la clínica usa procesos uniformes para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos.</i></p> <p>1. <i>La clínica ha adoptado e implementado las directrices de higiene de manos basadas en la evidencia publicadas actualmente.</i></p> <p>2. <i>La clínica implementa un programa de lavado efectivo de manos en todo el hospital.</i></p> <p>3. <i>Los procedimientos de limpieza y desinfección de manos se utilizan de acuerdo con las directrices de lavado de manos en toda la clínica.</i></p> <p>1. <i>La clínica implementa un proceso para evaluar a todos los pacientes hospitalizados y a aquellos pacientes ambulatorios cuya afección, diagnóstico, situación o ubicación los identifica como de alto riesgo de caídas.</i></p> <p>2. <i>La clínica implementa un proceso para la evaluación inicial y continua, la reevaluación y la intervención de pacientes hospitalizados y ambulatorios que se identifican como en riesgo de caídas en base a los criterios registrados.</i></p> <p>3. <i>Se implementan medidas para minimizar el riesgo de caídas para aquellos pacientes, situaciones y ubicaciones considerados en riesgo.</i></p>	<p>17-22</p> <p>23-25</p> <p>26-28</p>	
---	---	--	--	--	--	--

**ANEXO 3: INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.**

**CUESTIONARIO**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Tiempo de servicio \_\_\_\_\_

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca del nivel de los Estándares de Seguridad del Paciente en los Servicios Hospitalarios de Enfermería Según la JOINT COMMISSION y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo con la siguiente Escala:

**Siempre: 3, A veces: 2, Nunca: 1**

<b>Cuestionario</b>	<b>ALTERNATIVAS DE RESPUESTA</b>		
	<b>Siempre 3</b>	<b>A veces 2</b>	<b>Nunca 1</b>
1. Los pacientes son identificados con datos que no incluyen el número de habitación o ubicación del paciente.			
2. Identifica a los pacientes antes de suministrarles algún tratamiento y procedimiento diagnóstico.			
3. Al recibir una indicación verbal, Ud. registra y lee nuevamente a la persona que indico y esta debe confirmarla.			
4. Al recibir una indicación telefónica, realiza su registro, y corroboración confirmando que sea correcta			
5. Al recibir el resultado de la prueba diagnóstica del paciente realiza su registro confirmando que sea correcto por la persona que informo dicho resultado.			
6. La Clínica ha definido los valores críticos para cada tipo de prueba diagnóstica, así mismo ha definido quien notifica y a quien notifica dichos resultados			
7. La clínica identifica y protocoliza la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente.			
8. Comunica adecuadamente a los demás profesionales la información importante y estandarizada del paciente durante las transferencias de atención y cambios de unidad del paciente.			
9. Los procesos estandarizados, protocolos, formularios y demás herramientas, que usa respaldan el proceso de transferencia del paciente que Ud. Realiza de tal manera que sea congruente y completo.			
10. Para Asegurar que la transferencia realizada sea segura, Ud. Rastrea los datos y comunicaciones para mejorar los enfoques de comunicación segura de transferencia.			
11. La Clínica tiene y socializa una lista de medicamentos de alto riesgo, incluyendo medicamentos con apariencia o nombre similar.			
12. identifica, clasifica, almacena y genera acciones específicas para evitar la confusión durante la administración y monitoreo de los medicamentos de alto riesgo.			
13. Es uniforme en toda la clínica, la ubicación, etiquetado y almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo, incluyendo los de apariencia o nombre similar.			

14. Cuenta su institución y usted maneja el proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados			
15. Los electrolitos concentrados por seguridad Solo se encuentran presentes en las unidades necesarias.			
16. Almacena correctamente (clasificación, etiquetado) Los electrolitos concentrados de tal forma que su uso sea seguro.			
17. Se usa y es protocolo de la Clínica un marcaje de identificación del sitio de la cirugía o procedimiento invasivo			
18. El marcado de identificación del sitio de cirugía es realizado por la persona que realiza el procedimiento e involucra al paciente en este proceso.			
19. Realiza una lista de comprobación para registrar, el cumplimiento de la preparación del paciente antes de su cirugía. (check List preoperatorio)			
20. Realiza y registra el procedimiento de pausa pre-quirúrgica junto con el equipo quirúrgico completo antes de comenzar una cirugía o procedimiento invasivo.			
21. Se usa procesos uniformes para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos, al realizar cirugías o procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano.			
22. Revisa la integridad del sitio quirúrgico identificando complicaciones posquirúrgicas y mantiene en observación continua al paciente.			
23. Se ha implementado y protocolizado las directrices de higiene de manos según normas que rigen en su institución			
24. Realiza el lavado efectivo de manos según el programa implementado por su institución.			
25. Realiza el aislamiento de los pacientes según normas y protocolos aplicando medidas adecuadas para cada paciente.			
26. Se implementa y se usa un proceso de evaluación para los pacientes hospitalizados y ambulatorios cuyo diagnóstico o situación los identifica como de alto riesgo de caídas.			
27. Aplica la escala de riesgo de caídas, realizando la valoración inicial y continua, así mismo inicia actividades y medidas preventivas necesarias para evitar caídas en los pacientes.			
28. Realiza la reevaluación de los pacientes con riesgo de caídas para mejorar o continuar su plan de trabajo en bien del paciente.			

**ANEXO 4: RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO: Pretest 19 participantes.**

N°	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20	P.21	P.22	P.23	P.24	P.25	P.26	P.27	P.28	
1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	
2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
4	3	3	2	3	3	1	1	3	2	2	3	2	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
7	3	3	2	2	1	1	1	3	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3
8	3	3	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
9	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
10	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3
11	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2
12	3	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
13	3	3	3	2	3	1	2	3	2	1	3	3	1	1	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
14	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	3	3	3	2	2	1	2	3	2	1	3	3	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
17	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2
18	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
19	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3

El resultado de la prueba de confianza fue de 0.815, indica un buen nivel de consistencia y confiabilidad entre los 28 ítems del instrumento

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,815	28

## ANEXO: 5 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL “NIVEL DE EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ENFERMERÍA SEGÚN LA JOINT COMMISSION EN LA CJDN, PERIODO 2016”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>D1: Identificar correctamente a los pacientes</b>							
1	Los pacientes son identificados con datos que no incluyen el número de habitación o ubicación del paciente.	✓		✓		✓		
2	Identifica a los pacientes antes de suministrarles algún tratamiento y procedimiento diagnóstico.	✓		✓		✓		
	<b>D2: Mejorar la comunicación efectiva</b>							
3	Al recibir una indicación verbal, Ud. registra y lee nuevamente a la persona que indico y esta debe confirmarla.	✓		✓		✓		
4	Al recibir una indicación telefónica, realiza su registro, y corroboración confirmando que sea correcta.	✓		✓		✓		
5	Al recibir el resultado de la prueba diagnóstica del paciente realiza su registro confirmando que sea correcto por la persona que informo dicho resultado.	✓		✓		✓		
6	La Clínica ha definido los valores críticos para cada tipo de prueba diagnóstica, así mismo ha definido quien notifica y a quien notifica dichos resultados.	✓		✓		✓		
7	La clínica identifica y protocoliza la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente.	✓		✓		✓		
8	Comunica adecuadamente a los demás profesionales la información importante y estandarizada del paciente durante las transferencias de atención y cambios de unidad del paciente	✓		✓		✓		
9	Los procesos estandarizados, protocolos, formularios y demás herramientas, que usa respaldan el proceso de transferencia del paciente que Ud. Realiza de tal manera que sea congruente y completo.	✓		✓		✓		
10	Para Asegurar que la transferencia realizada sea segura, Ud. Rastrea los datos y comunicaciones para mejorar los enfoques de comunicación segura de transferencia.	✓		✓		✓		

<b>D3: Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto Riesgo.</b>		Si	No	Si	No		No
11	La Clínica tiene y socializa una lista de medicamentos de alto riesgo, incluyendo medicamentos con apariencia o nombre similar.	✓		✓		✓	
12	Identifica, clasifica, almacena y genera acciones específicas para evitar la confusión durante la administración y monitoreo de los medicamentos de alto riesgo.	✓		✓		✓	
13	Es uniforme en toda la clínica, la ubicación, etiquetado y almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo, incluyendo los de apariencia o nombre similar.	✓		✓		✓	
14	Cuenta su institución y usted maneja el proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados	✓		✓		✓	
15	Los electrolitos concentrados por seguridad Solo se encuentran presentes en las unidades necesarias.	✓		✓		✓	
16	Almacena correctamente (clasificación, etiquetado) Los electrolitos concentrados de tal forma que su uso sea seguro.	✓		✓		✓	
<b>D4: Garantizar una cirugía en el lugar correcto con el procedimiento y al paciente correcto.</b>		Si	No	Si	No	Si	No
17	Se usa y es protocolo de la Clínica un marcaje de identificación del sitio de la cirugía o procedimiento invasivo.	✓		✓		✓	
18	El marcado de identificación del sitio de cirugía es realizado por la persona que realiza el procedimiento e involucra al paciente en este proceso.	✓		✓		✓	
19	Realiza una lista de comprobación para registrar, el cumplimiento de la preparación del paciente antes de su cirugía. (check List preoperatorio)	✓		✓		✓	
20	Realiza y registra el procedimiento de pausa pre-quirúrgica junto con el equipo quirúrgico completo antes de comenzar una cirugía o procedimiento invasivo.	✓		✓		✓	
21	Se usa procesos uniformes para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos, al realizar cirugías o procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano.	✓		✓		✓	
22	Revisa la integridad del sitio quirúrgico identificando complicaciones posquirúrgicas y mantiene en observación continua al paciente.	✓		✓		✓	
<b>D5: Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias</b>		Si	No	Si	No	Si	No
23	Se ha implementado y protocolizado las directrices de higiene de manos según normas que rigen en su institución	✓		✓		✓	

24	Realiza el lavado efectivo de manos según el programa implementado por su institución.	✓		✓		✓	
25	Realiza el aislamiento de los pacientes según normas y protocolos aplicando medidas adecuadas para cada paciente.	✓		✓		✓	
<b>D6: Minimizar el 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>
26	Se implementa y se usa un proceso de evaluación para los pacientes hospitalizados y ambulatorios cuyo diagnóstico o situación los identifica como de alto riesgo de caídas.	✓		✓		✓	
27	Aplica la escala de riesgo de caídas, realizando la valoración inicial y continua, así mismo inicia actividades y medidas preventivas necesarias para evitar caídas en los pacientes.	✓		✓		✓	
28	Realiza la reevaluación de los pacientes con riesgo de caídas para mejorar o continuar su plan de trabajo en bien del paciente.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia para su aplicación

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

Apellidos y nombres del juez validador, Dr. / Mg: Dr. Vértiz Ornes, Joaquín    DNI: 16735422

Especialidad del validador: Dr. en Ciencias, Odontólogo

27 de feb del 2016  
  
 Firma del Experto Informante.

<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



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL “NIVEL DE EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ENFERMERÍA SEGÚN LA JOINT COMMISSION EN LA CJDN, PERIODO 2016”**

N <sup>o</sup>	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>D1: Identificar correctamente a los pacientes</b>							
1	Los pacientes son identificados con datos que no incluyen el número de habitación o ubicación del paciente.	✓		✓		✓		
2	Identifica a los pacientes antes de suministrarles algún tratamiento y procedimiento diagnóstico.	✓		✓		✓		
	<b>D2: Mejorar la comunicación efectiva</b>							
3	Al recibir una indicación verbal, Ud. registra y lee nuevamente a la persona que indicó y esta debe confirmarla.	✓		✓		✓		
4	Al recibir una indicación telefónica, realiza su registro, y corroboración confirmando que sea correcta.	✓		✓		✓		
5	Al recibir el resultado de la prueba diagnóstica del paciente realiza su registro confirmando que sea correcto por la persona que informó dicho resultado.	✓		✓		✓		
6	La Clínica ha definido los valores críticos para cada tipo de prueba diagnóstica, así mismo ha definido quien notifica y a quien notifica dichos resultados.	✓		✓		✓		
7	La clínica identifica y protocoliza la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente.	✓		✓				
8	Comunica adecuadamente a los demás profesionales la información importante y estandarizada del paciente durante las transferencias de atención y cambios de unidad del paciente	✓		✓		✓		
9	Los procesos estandarizados, protocolos, formularios y demás herramientas, que usa respaldan el proceso de	✓		✓		✓		

	transferencia del paciente que Ud. Realiza de tal manera que sea congruente y completo.	✓		✓		✓		
10	Para Asegurar que la transferencia realizada sea segura, Ud. Rastrea los datos y comunicaciones para mejorar los enfoques de comunicación segura de transferencia.	✓		✓		✓		
	<b>D3: Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto Riesgo.</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11	La Clínica tiene y socializa una lista de medicamentos de alto riesgo, incluyendo medicamentos con apariencia o nombre similar.	✓		✓		✓		
12	Identifica, clasifica, almacena y genera acciones específicas para evitar la confusión durante la administración y monitoreo de los medicamentos de alto riesgo.	✓		✓		✓		
13	Es uniforme en toda la clínica, la ubicación, etiquetado y almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo, incluyendo los de apariencia o nombre similar.	✓		✓		✓		
14	Cuenta su institución y usted maneja el proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados	✓		✓		✓		
15	Los electrolitos concentrados por seguridad Solo se encuentran presentes en las unidades necesarias.	✓		✓		✓		
16	Almacena correctamente (clasificación, etiquetado) Los electrolitos concentrados de tal forma que su uso sea seguro.	✓		✓		✓		
	<b>D4: Garantizar una cirugía en el lugar correcto con el procedimiento y al paciente correcto.</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Se usa y es protocolo de la Clínica un marcaje de identificación del sitio de la cirugía o procedimiento invasivo.	✓		✓		✓		
18	El marcado de identificación del sitio de cirugía es realizado por la persona que realiza el procedimiento e involucra al paciente en este proceso.	✓		✓		✓		
19	Realiza una lista de comprobación para registrar, el cumplimiento de la preparación del paciente antes de su cirugía. (check List preoperatorio)	✓		✓		✓		

20	Realiza y registra el procedimiento de pausa prequirúrgica junto con el equipo quirúrgico completo antes de comenzar una cirugía o procedimiento invasivo.	✓		✓		✓	
21	Se usa procesos uniformes para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos, al realizar cirugías o procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano.	✓		✓		✓	
22	Revisa la integridad del sitio quirúrgico identificando complicaciones posquirúrgicas y mantiene en observación continua al paciente.	✓		✓		✓	
<b>D5: Minimizar riesgo de infecciones intrahospitalarias</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
23	Se ha implementado y protocolizado las directrices de higiene de manos según normas que rigen en su institución	✓		✓		✓	
24	Realiza el lavado efectivo de manos según el programa implementado por su institución.	✓		✓		✓	
25	Realiza el aislamiento de los pacientes según normas y protocolos aplicando medidas adecuadas para cada paciente.	✓		✓		✓	
<b>D6: Minimizar el 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>
26	Se implementa y se usa un proceso de evaluación para los pacientes hospitalizados y ambulatorios cuyo diagnóstico o situación los identifica como de alto riesgo de caídas.	✓		✓		✓	
27	Aplica la escala de riesgo de caídas, realizando la valoración inicial y continua, así mismo inicia actividades y medidas preventivas necesarias para evitar caídas en los pacientes.	✓		✓		✓	
28	Realiza la reevaluación de los pacientes con riesgo de caídas para mejorar o continuar su plan de trabajo en bien del paciente.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay

suficiencia): Hay suficiencia para su aplicación.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable       Aplicable después de corregir       No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: Flores Parrao Fajal, Luisa  
DNI: 42456445

Especialidad del validador: Mg. en Gestión de los Servicios de Salud.

<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

05 de abril del 2017

Luisa Flores Fajal  
Firma del Experto Informante.

**ANEXO: 5 RESULTADOS DEL POS-TEST**

N°	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20	P.21	P.22	P.23	P.24	P.25	P.26	P.27	P.28
1	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
4	3	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	2	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	3	3	2	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
22	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	2	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
25	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3

