

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.**

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ADHERENCIA A LA
HIGIENE DE MANOS EN ENFERMERAS DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2020”**

**Línea de Investigación:
Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería**

Autor(as):

Lic. Lescano Mendoza Gina Catterine.

Lic. Lescano Mendoza María Cecilia.

Jurado Evaluador:

Presidente: Ñique Miranda María Isabel

Secretario: Vargas De la Cruz Verónica Del Pilar

Vocal: Zavala Alvites Alejandrina

Asesora:

Mg. Castillo Rivera Cecilia Evelyn

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3455-5533>

TRUJILLO – PERÚ

2023

Fecha de sustentación: 2023/04/28

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.**

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ADHERENCIA A LA
HIGIENE DE MANOS EN ENFERMERAS DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2020”**

**Línea de Investigación:
Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermería**

Autor(as):

Lic. Lescano Mendoza Gina Catterine.

Lic. Lescano Mendoza María Cecilia.

Jurado Evaluador:

Presidente: Ñique Miranda María Isabel

Secretario: Vargas De la Cruz Verónica Del Pilar

Vocal: Zavala Alvites Alejandrina

Asesora:

Mg. Castillo Rivera Cecilia Evelyn

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3455-5533>

TRUJILLO – PERÚ

2023

Fecha de sustentación: 2023/04/28

DEDICATORIA

Ofrecemos este logro Nuestro Padre Celestial, porque sin El nada es posible, a nuestros padres y familia, por todo su apoyo y comprensión durante el proceso de desarrollo de la especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Al Dios todopoderoso por toda su provisión, a nuestros padres por su apoyo, a nuestra asesora por su valioso tiempo y dirección; a la plana docente y administrativa de la segunda especialidad de enfermería por su aporte en nuestra formación profesional como especialistas en emergencias y desastres.

	INDICE	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....		1
1.1 Problema de investigación.....		1
a. Descripción de la realidad problemática.....		1
b. Formulación del problema.....		6
c. Justificación del estudio.....		6
1.2 Objetivos.....		8
1.2.1 Objetivo general.....		8
1.2.2 Objetivos específicos.....		8
II. MARCO DE REFERENCIA		9
2.1 Marco teórico.....		9
2.2 Antecedentes del estudio.....		18
2.3 Marco conceptual.....		23
2.4 Sistema de hipótesis.....		24
2.4.1 Hipótesis de trabajo de investigación.....		24
2.4.2 Hipótesis nula.....		24
2.5 Variables e indicadores.....		25
2.5.1 Variable dependiente.....		25
2.5.2 Variable independiente.....		25
III. METODOLOGIA.....		26
3.1 Tipo y nivel de investigación.....		26
3.2 Población y Muestra del estudio		26
3.3 Diseño de investigación.....		26
3.4 Técnicas e instrumentos de investigación		27
3.5 Procesamiento y análisis de datos.....		31
3.6 Consideraciones éticas.....		31
IV. RESULTADOS.....		33
V. DISCUSION		42
VI. CONCLUSIONES		54
VII. RECOMENDACIONES.....		556
IX. ANEXOS		63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	32
Tabla 2: Nivel de adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	34
Tabla 3: La cultura de seguridad del paciente y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	35
Tabla 4: La dimensión compromiso de la gestión y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	36
Tabla 5: La dimensión procedimientos, políticas y reglas y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	37
Tabla 6: La dimensión percepción del riesgo y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	38
Tabla 7: La dimensión percepción del riesgo y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	39
Tabla 8: La dimensión actitud hacia la seguridad y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.	40

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- Trujillo, el estudio fue de tipo descriptivo - correlacional de corte transversal. Se aplicó en una muestra de 25 enfermeras; para lo cual se utilizó las técnicas de la encuesta y observación; usando el cuestionario de cultura de Seguridad del paciente, con un Alfa de Cronbach de 0.84, siendo confiable; asimismo, se usó el formulario de observación del Ministerio de Salud para evaluar adherencia a la higiene de manos. Los resultados mostraron que el 80% de las enfermeras con un nivel medio en la cultura de seguridad del paciente no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, y solo el 16 % cumplen la adherencia a la higiene de manos. En las 5 dimensiones investigadas se identificó la ausencia de una relación significativa con la adherencia a la higiene de manos. Se concluyó que la cultura de seguridad del paciente no tiene una relación significativa con la adherencia a la higiene de manos, según $X^2 = 0.198$ y nivel de significancia $p = 0.656$ en las enfermeras.

Palabra CLAVE: Cultura de seguridad del paciente, Adherencia a la higiene de manos, Enfermera.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the culture of patient safety and adherence to hand hygiene in nurses from the Regional Institute of Neoplastic Diseases- Trujillo, the study was descriptive - correlational cross-sectional. It was applied in a sample of 25 nurses; for which the survey and observation techniques were used; using the patient safety culture questionnaire, with a Cronbach's Alpha of 0.84, being reliable; likewise, the observation form of the Ministry of Health was used to assess adherence to hand hygiene. The results showed that 80% of the nurses with a medium level in the culture of patient safety do not comply with the adherence to hand hygiene, and only 16% comply with the adherence to hand hygiene. In the 5 dimensions investigated, the absence of a significant relationship with adherence to hand hygiene was identified. It was concluded that the culture of patient safety does not have a significant relationship with adherence to hand hygiene, according to $X^2 = 0.198$ and significance level $p = 0.656$ in nurses.

KEY word: Patient safety culture, Adherence to hand hygiene, nurse.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Problema de investigación

a. Descripción de la realidad problemática

Los seres humanos por su propia condición están ligados al error en cualquier actividad y el ejercicio de la medicina no es ajena a esto, ya que no es una ciencia perfecta y la expectativa de perfección no es posible, pero eso no significa que puedan hacer esfuerzos para disminuirla significativamente, y con ello brindar una atención más segura. (1)

La seguridad del paciente es un tema relevante en lo que ha salud pública se refiere; y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de seguridad del paciente se ha convertido en un problema mundial que afecta a todos los países. Al respecto, sostiene (2019), que cada año se producen 134 millones de eventos adversos (EA) debidos a una atención poco segura en los hospitales en países de ingresos bajos y medios son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. A su vez se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños durante su atención hospitalaria en países con una economía alta. Además, estos pueden deberse a diferentes eventos adversos y aproximadamente el 50% de ellos se pueden prevenir. (2)

Asimismo, la Organización Panamericana de la salud (2019), sostiene que anualmente mueren 2,6 millones de personas por daños que pudieron ser evitados en situaciones de atención médica. Y según las estadísticas se tiene que de cada 10 pacientes solo 1 sufre daños que pueden evitarse en países de ingresos altos; y en países de ingresos bajos y medianos de cada 4 hospitalizaciones 1 resulta con daños. Además, estos daños generan adicionalmente el 15% de los costos hospitalarios atribuibles al

tratamiento resultante de errores de seguridad del paciente en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (3)

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en un estudio denominado "To Err is Human", publicado en 1999, realizó una revisión de 30000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud. Este gran estudio marcó el inicio del interés mundial por las consecuencias de la falta de seguridad del paciente. (4)

En América latina se desarrolló el estudio IBEAS (2010), sobre la prevalencia de eventos adversos desarrollado en 58 hospitales de Colombia, Argentina, Costa Rica, México y Perú; entre sus resultados más importantes se encontró que la prevalencia global de pacientes con algún Evento adverso fue de un 10,5%. Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24%, con la infección nosocomial en un 35,99% y con algún procedimiento en un 26,75%. Los Eventos Adversos más frecuentes fueron las úlceras por presión (8,92%), las infecciones de herida quirúrgica (7,96%), las neumonías nosocomiales (6,37%), sepsis o bacteriemia (6,37%) y las flebitis (5,73%), como vemos en estos datos sobresale las infecciones nosocomiales que están directamente relacionado con la no adherencia al lavado de manos. (5)

A nivel nacional, el proyecto IBEAS mostró que los Eventos Adversos más prevalentes fueron los relacionados con un procedimiento (28,9%), con el diagnóstico (10.8%) y solo un 6.9% relacionados al cuidado. Frente a esto, el Perú comprometido con la seguridad decidió formar parte de la

alianza mundial por la seguridad de los pacientes. Asimismo, el ministerio de salud en el 2006, elaboró el documento técnico N° 519-2006, así como en su octava política nacional contempla la seguridad del paciente buscando disminuir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención en salud y mitigar sus efectos, asimismo elaborar barreras de defensa para evitar que se produzcan los efectos adversos. Finalmente, nuestro país planteó el plan nacional por la seguridad del paciente para articular esfuerzos y abordar de una manera sistemática y organizada la seguridad del mismo. (5, 6,7, 8)

Las estadísticas a nivel del Instituto Regional de enfermedades neoplásicas nos reporta que los eventos adversos con más incidencia ocurridos durante segundo trimestre del año 2019 fueron los relacionados con la medicación o de su administración con un 66.7% y los relacionados con una infección asociada a la atención sanitaria en un 19% y en el tercer trimestre se repitió la tendencia reportándose un 66.7% de eventos relacionados con la medicación o de su administración y el 16.7% los relacionados con una infección asociada a la atención sanitaria.(9)

Frente a esta la realidad que se repite en todos los niveles de salud, la Joint Commission, establece como metas internacionales para la seguridad del paciente: Identificar correctamente a los pacientes; mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal de salud; mejorar la seguridad del uso de los medicamentos; reducir el daño utilizando un sistema de alarmas clínicas; reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica, en esta meta da prioridad en la aplicación de las pautas actuales de higiene de manos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o pautas actuales de higiene de manos de la OMS; y el hospital identifica los riesgos de seguridad inherentes a la población de pacientes. (10)

En contradicción a todos los esfuerzos hechos aún se tiene un número elevado de eventos adversos en nuestro sistema de salud, los cuales muchas veces pueden ser evitables. Y según lo reportado a todo nivel notamos que los eventos adversos más predominantes tienen que ver con la presencia de infecciones nosocomiales, esto es corroborado por la OMS, quien sostiene que las Infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) afectan a cientos de millones de personas en todo el mundo y plantean un importante problema mundial para la seguridad del paciente y son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. (11)

En general, y por su propia naturaleza, las infecciones tienen una etiología multifactorial relacionada con los sistemas y procedimientos de la prestación de servicios sanitarios, así como con las limitaciones económicas que afectan a los sistemas sanitarios y a los países. Además, reflejan el comportamiento humano condicionado por numerosos factores, entre los que se incluye la educación. Sin embargo, la adquisición de la infección y, en particular la infección cruzada de un paciente a otro, es prevenible en muchos casos mediante la observancia de prácticas sencillas. La higiene de las manos se considera la principal medida necesaria para reducir las IAAS, incluso la OMS lo refiere como parte de su programa “una atención es una atención más segura”. (11,12)

El Ministerio de salud en su Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud, sostiene que la higiene de manos ejecutada en forma correcta evita la propagación de las IAAS. Además, todo personal de salud debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo de forma correcta y en el momento adecuado. Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un

problema a escala mundial. (11, 13)

De mantenerse el desinterés o desconocimiento sobre la cultura de seguridad en el paciente por parte de todos los agentes que prestan servicios sanitarios, no se logrará la reducción del riesgo del daño asociado a la asistencia sanitaria, ella aunado a una mala adherencia a la higiene de manos puede poner en mayor riesgo la atención de calidad de los pacientes en los servicios hospitalarios.

Por ello es importante que los profesionales de enfermería, tengan los recursos para dar una atención con calidad y seguridad sobre todo aquellas que laboran en un entorno de mayor complejidad, como son las unidades críticas ya que muchas veces tomar decisiones con riesgo para estos pacientes es una constante diaria y la posibilidad de cometer errores y dañar al paciente es alta. (14)

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que todo centro hospitalario tiene un gran riesgo de llegar a desarrollar eventos adversos en su población atendida. El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, no está extento de esta situación; además actualmente posee una gran demanda de pacientes en los servicios de emergencia y cuidados intensivos, ya que es la única entidad a nivel de la macro región norte. Por ende, se puede deducir que la demanda muchas veces puede exceder la capacidad de atención de sus distintos servicios. Durante su estancia el paciente es asignado al cuidado de una enfermera y es ella la que va a tener mayor tiempo de contacto con él. Por ello, es importante determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente y qué relación tiene con la adherencia a la higiene de manos de las enfermeras del Instituto Regional de enfermedades neoplásicas por ello surge la siguiente interrogante.

b. Formulación Del Problema

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020?

c. Justificación del estudio

La seguridad de los pacientes es un derecho en el que están involucrados todos los agentes de prestación de salud. Por ello la función de enfermería es clave, el acto de cuidar al paciente tiene que ser de forma responsable y como tal esta atención debe ser lo más segura posible para garantizar una atención con calidad, en los diversos servicios hospitalarios.

La presente investigación nos permitió conocer sobre la cultura de seguridad del paciente en la práctica de un equipo, específicamente de las enfermeras que trabajan en unidades críticas, la cual ha servido para obtener un diagnóstico inicial de la percepción de los profesionales en relación con las dimensiones relevantes en la cultura de seguridad.

En el campo práctico, se conoce que la presencia de eventos adversos es más elevada en los servicios críticos, que en otros servicios hospitalarios (15); entonces entendiendo que la cantidad de eventos adversos y errores, ya sea por factores relacionados a las personas o sistemas, aún son parte de nuestros índices de salud; y sabiendo que muchos son evitables, es necesario determinar que factores están relacionados, tal como la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos, que nos permitió aclarar cuál es la conducta de cada una de estas variables mencionadas para favorecer una atención de calidad a los pacientes.

En consecuencia, como las organizaciones sanitarias tienen la responsabilidad de mejorar los sistemas de trabajo para garantizar que en el

entorno donde se brinde los cuidados de enfermería tenga los estándares deseados; es decir todo esfuerzo que se haga para abordar en forma sistemática la seguridad del paciente, podría tener un impacto positivo en la calidad de atención y en la eficiencia de las instituciones sanitarias. Por ello, el resultado de la presente investigación nos permitió, establecer una línea de base y abordar las causas, establecer algunas recomendaciones a favor del mejoramiento continuo en la cultura de seguridad del paciente, ya que esto favorecería a la disminución continua de los efectos negativos de los cuidados de enfermería en los pacientes que finalmente se podrían implementar en nuestra institución.

A nivel metodológico, el estudio tuvo un diseño descriptivo – correlacional que permitió establecer la relación entre las variables cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo; asimismo nos mostró que el instrumento usado para medir la cultura de seguridad en el personal de enfermería es válido para su aplicación en nuestro medio.

Por otro lado, es importante resaltar que la seguridad del paciente, es fundamental en enfermería y en la atención de salud de calidad, porque son las enfermeras, quienes permanecen mayor tiempo con los pacientes y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas con los cuidados prestados por ellas mismas o por otros profesionales de la salud. Frente a esta realidad este estudio nos muestra tener una relevancia social, que busca el mejoramiento de la cultura de seguridad del paciente y con ello garantizar la disminución de eventos adversos; eso se traduce en una menor estancia hospitalaria del paciente, generando un gran impacto social a través del ahorro de recursos del estado orientados a los servicios de salud.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.
- Identificar el nivel de adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.
- Identificar la cultura de seguridad en su dimensión compromiso de gestión y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.
- Identificar la cultura de seguridad en su dimensión políticas y reglas y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.
- Identificar la cultura de seguridad en su dimensión percepción de riesgos con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.
- Identificar la cultura de seguridad en su dimensión entrenamiento en seguridad y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.
- Identificar la cultura de seguridad en su dimensión actitud hacia la seguridad y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco Teórico

La cultura de seguridad es un concepto complejo y abstracto de suma importancia en los sistemas de atención en salud y este a su vez marca como objetivo común la persecución de la seguridad. Por ello, se hace necesario hablar de seguridad del paciente, este último concepto nos remonta a lo sostenido por una de las enfermeras pioneras, donde afirma en su teoría, que la enfermera cumple un papel muy importante para la asistencia sanitaria de mayor calidad y más segura. Florence Nightingale, elaboró este enfoque cuando institucionaliza a la enfermería e identifica los elementos indispensables en el proceso del cuidado, entre ellos el medio ambiente hospitalario, así como los valores profesionales de la enfermería, tales como no causar daño, el esmero y la dedicación al servicio de las personas, condiciones que actualmente están inmersos en los elementos conceptuales para la seguridad del paciente. (16,17)

A su vez, la teorista Florence Nightingale, dentro de los principales conceptos de su teoría describió al entorno, aunque no de forma explícita, sin embargo; siempre mencionaba los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, todos estos constituyentes del ambiente físico y sostenía que una manipulación apropiada de este ambiente que rodea al enfermo podía servir para prevenir enfermedades. En conclusión, según Nightingale; el entorno del paciente podía favorecer la presencia de las infecciones, y por ello era esencial que el entorno del paciente fuese el más adecuado. Las enfermeras tenían el deber de vigilar de forma permanente al paciente y su entorno como la luz, la higiene y la alimentación adecuada, siendo la segunda parte del eje central en lo que higiene de manos y seguridad del paciente se refiere (17)

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a las normas de la profesión, y

también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado y satisfacción de los pacientes. Actualmente la bioética marca la pauta para el desarrollo de sus acciones como profesional debiendo tener en cuenta sobre todo los principios de beneficencia y la de no maleficencia; lo cual nos obliga a ejercer la profesión evitando generar daños como los que puede ocasionar los eventos adversos en un paciente; lo cual finalmente se plasma en la cultura de seguridad. (18, 19)

Asimismo, tenemos otras teorías que tratan de dar una explicación a la aparición de errores y como tal afectan la seguridad del paciente, como el postulado establecido por el modelo de accidentes de «queso suizo», de Reason; creado a partir de innumerables investigaciones de accidentes de aviación comercial y centrales nucleares, hace hincapié en que los errores únicos de una persona que trabaja en un sistema pendiente de la seguridad casi nunca causan daños. Este modelo permitió observar que los eventos suceden por factores múltiples y que, si bien existen defensas para evitar dichos accidentes, la concatenación de múltiples errores alineados permite que los accidentes o efectos adversos tengan lugar. («Capas del queso suizo») generando daños terribles (20)

En este modelo sostiene que, por lo general, los pacientes no se lesionan por un solo evento, resultante de un solo acto de un individuo descuidado. Por el contrario, un problema del sistema subyacentes hizo posible el error, y numerosas acciones individuales "caen por las grietas" de un sistema que no las detecta, lo que resulta en errores y daños. Además, el ser humano es falible pese a los esfuerzos por evitarlos los errores seguirán aconteciendo por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores (20,21)

Otra teoría fue la de Charles Perrow, quien refiere que la complejidad de las interacciones entre los elementos del sistema y el acoplamiento entre estos, son factores que pueden hacer más vulnerable a la aparición de accidentes en un sistema. Normalmente los errores activos del sistema no tienen consecuencias graves porque son bloqueados en algún punto por la defensa del sistema y en presencia de errores por más mínimo que sea puede hacer que la conducta normal del sistema salga fuera de control debido a las interacciones complejas. A este modelo, Perrow lo denominó “accidente normal”. (22)

La seguridad del paciente; es un componente “sine qua non” (sin la cual no) de la calidad asistencial, es decir; sin seguridad no es posible la calidad. La calidad asistencial es definida por el Institute of Medicine estadounidense como «el grado en que los servicios de salud destinados a los individuos y a las poblaciones aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud y satisfacción óptimos, con los conocimientos actuales». (23)

La calidad de la atención de salud como ya se mencionó incluye como uno de sus focos principales, a la seguridad de los pacientes, siendo una gran preocupación de los sistemas sanitarios en la actualidad, como lo indica la Organización Mundial de la Salud. Más allá de que el tema incluye tener en cuenta varios aspectos como: el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, el clima y la cultura de seguridad, los recursos humanos en salud, se constituyen hoy en día como uno de los temas principales al desarrollar un rol importante, dado que ellos forman parte de un sistema en cadena que puede terminar en un incidente que cause algún tipo de daño a las personas receptoras de cuidados sanitarios. Dentro del equipo de salud, la atención de enfermería es la prestación que más relación y contacto directo establece con el usuario (21)

La seguridad del paciente o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, son un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica, basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. (18,21). Según la OMS; la seguridad del paciente, es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Tiene por objetivo evitar y disminuir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria. (2, 24)

Además, el evento adverso se entiende como la «situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por un paciente, que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad». (25)

Por otro lado los eventos adversos se pueden determinar teniendo en cuenta el protocolo de Londres (análisis causa - raíz), que es una herramienta enfocada al sistema; podrían deberse a: factores del paciente, factores del procedimiento que se va a realizar, factores individuales del profesional, factores del equipo, el ambiente de trabajo, la organización y administración; y el contexto institucional, asimismo se menciona otra herramienta como es el análisis causa-efecto de Ishikawa que se basa en que la mayoría de los problemas, incidentes o eventos adversos se producen por múltiples causas, referidos al paciente, familiares o cuidadores, causas externas al equipo, falta de recursos, causas de la institución a la que pertenece el equipo, causas de otras entidades y organizaciones externas al equipo, causas del equipo o del profesional del equipo (falta de conocimiento, habilidades o actitud inadecuada). (18)

Por otro lado, se tiene que la actitud más común frente a una situación que genere un error o evento adverso, es responsabilizar al entorno más inmediato del paciente, es decir al propio profesional y los factores inherentes a él tal como su conocimiento, actitud, aptitud, fatiga, entre otros; este enfoque es el clásico. Pero en la actualidad el enfoque moderno, conocido como pensamiento en sistemas, sostiene que las personas cometeremos errores inevitablemente y que la seguridad del paciente depende básicamente de crear sistemas que anticipen los errores y los prevengan o atajen antes de que generen daños. Este enfoque ha sido la piedra angular de las mejoras de la calidad en otras industrias de alto riesgo durante un tiempo. (14,18)

La seguridad del paciente, entendida como «la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la asistencia hasta un mínimo aceptable»; es inversamente proporcional al riesgo asistencial, y el error sanitario es una de las causas del riesgo inherente a la asistencia sanitaria. La forma en que el equipo enfoca el error asistencial define su cultura en este ámbito. (22)

Asimismo, la seguridad del paciente se define como la evitación y prevención de fallas en la atención que se proporciona en los servicios sanitarios, con la finalidad de evitar eventos adversos que pongan en riesgo la vida de los usuarios. Además, es un componente prioritario de la calidad asistencial, donde el personal de enfermería juega un papel importante por ser uno de los principales proveedores de cuidados (21)

Frente a lo sostenido anteriormente tenemos que la cultura de la seguridad es conceptualizada como, el conjunto de valores, actitudes y comportamientos que caracterizan el funcionamiento de una organización, con el objetivo de minimizar los riesgos inherentes a la atención sanitaria. El producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos individuales y grupales determina la eficiencia de un equipo en el manejo de la seguridad, la frecuencia de eventos adversos y el grado de seguridad

general de los pacientes en ese equipo. (18)

La cultura de seguridad del paciente, es una acción de asumir una responsabilidad directa o indirecta o de formarse un juicio moral en los profesionales en un clima de seguridad y de confianza mutua en la que los errores no sirven para culpabilizar sino fuente de aprendizaje. (26,27)

Asimismo, la cultura de seguridad según el ministerio de sanidad y consumo, en el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety presenta 12 dimensiones, las cuales son: frecuencia de eventos adversos, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección- servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, franqueza en comunicación, feed back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación del personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo de equipos entre unidades y problemas en cambios de turno y transición entre servicios. (28)

Por el contrario, hay otros autores que sostienen que la cultura de seguridad del paciente se puede agrupar en las dimensiones tales como: el compromiso de la gestión; los procedimientos, políticas y reglas de seguridad; la percepción del riesgo; las actitudes hacia la seguridad; la comunicación y entrenamiento en seguridad; el ambiente de trabajo y presión; la participación de oficio; y el status del funcionario del comité de seguridad. Para poder conseguir que una cultura de seguridad se cree, es necesario que el recurso humano sienta que la seguridad está inmersa en la organización y que es una prioridad en lo que salud le compete. (29)

En relación a las diferentes dimensiones de la cultura de seguridad entendemos al compromiso de la gestión, como la formación de grupos de trabajadores que se da dentro de la organización misma, para el mejoramiento

continuo en temas de seguridad, y están orientados al desarrollo y generación de competencias. Los procedimientos, políticas y reglas de seguridad, se refiere a aquellos lineamientos institucionales y sectoriales que tiene que conocer todo personal dentro de la institución y buscan guiar el actuar de los mismos disminuyendo las posibilidades de una atención poco segura. (28,29)

Asimismo, la dimensión percepción del riesgo está estrechamente relacionada con aquellos valores, procesos y confianza que tiene el trabajador dentro de la organización, que le permite evaluar su propia realidad y los riesgos de acuerdo a sus percepciones subjetivas. La dimensión entrenamiento en seguridad, se refiere a la preparación que se imparte en el ejercicio de las funciones del empleo que está bajo la responsabilidad de los jefes con la finalidad de alcanzar prácticas seguras. Y por último tenemos, la actitud hacia la seguridad entendida como la disposición a realizar las actividades y buenas prácticas durante el trabajo evitando toda situación que ponga en riesgo la seguridad del paciente. (28,29)

Un equipo de trabajo con cultura de la seguridad del paciente se caracteriza por; desarrollar un sistema de gestión del riesgo asistencial que pone énfasis en el desarrollo de sistemas proactivos para detectar problemas antes de que sucedan y trabajar de forma más segura; fomentar un clima de lealtad, comunicación abierta y confianza entre los diferentes actores del sistema: gestores, profesionales y pacientes; Trabajar en equipo; estandarizar los procedimientos para reducir la variabilidad de la práctica clínica, y mejorar la eficiencia y la efectividad; centrar la atención en el paciente, mejorando aspectos de transparencia en la comunicación, respeto y su participación en la toma de decisiones; reconocer los errores, aprender de ellos y actuar para prevenirlos. (18)

Por otro lado, cuando hablamos de seguridad del paciente tenemos que tener en cuenta que uno de sus objetivos es la reducción de las IAAS y para conseguir ello es necesario una correcta higiene de manos. Según la OMS, la

higiene de manos es definida como el término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos -fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos. Asimismo, determina la oportunidad de la higiene de manos como el momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos. (10)

Los microorganismos de las manos pueden dividirse en flora residente y flora transitoria. Esta última, sin embargo, es una causa importante de IAAS. Estos microorganismos se adquieren fundamentalmente por contacto, están débilmente unidos a la piel y se eliminan fácilmente al lavar las manos. Así pues, la finalidad de la higiene de las manos en los hospitales es eliminar la flora transitoria adquirida recientemente mediante el contacto con los pacientes o con superficies del entorno. (30)

Para conseguir la higiene correcta de las manos, el MINSA elaboró una guía técnica para la higiene de manos, en la cual refiere el “concepto de mis 5 momentos”, para el lavado de manos; este como enfoque de la estrategia mundial de la OMS, para mejorar la higiene de manos. La cual es primordial para proteger al paciente, personal de salud y entorno sanitario de la proliferación de patógenos y por ende de las IIAS. (13, 29)

En síntesis, las indicaciones para la higiene de las manos por parte del personal de salud pueden agruparse en 5 momentos durante la asistencia al paciente. Identificar, entender y saber cada uno de ellos, es uno de los grandes pilares en los que se sustenta la higiene de manos efectiva. Es necesario que los profesionales sanitarios reconozcan estos momentos con rapidez y tomar medidas adecuadas para una correcta higiene de manos, haciendo esto posible prevenir las IIAS provocadas por la transmisión cruzada garantizando a su vez una atención segura en salud. (29)

Dentro de los 5 momentos para la higiene de manos tenemos: el primer momento que es antes del primer contacto con el paciente, el segundo momento antes de realizar una acción aséptica, el tercer momento después del riesgo de exposición, el cuarto momento después del contacto con el paciente y quinto momento después del contacto con el entorno del paciente. (13)

Cada uno de los 5 momentos de la higiene de manos busca un objetivo, así tenemos: El primer momento, tiene como finalidad de protegerlo ante la posibilidad de adquirir microorganismos dañinos que proceden de las manos del personal sanitario. El segundo momento está referido a la protección del paciente en relación al ingreso de microorganismos dañinos incluso los propios, a su cuerpo durante la ejecución de un procedimiento. El tercer, el cuarto y el quinto momento, tienen como fin la protección del personal asistencial y del entorno de la contaminación con microorganismos patógenos que están presentes en el paciente. (13)

Para entender la aplicación de los momentos, en el instrumento para medir la adherencia a la higiene de manos el MINSA, nos dice que en una secuencia asistencial que se dan durante el tiempo de asistencia sanitario, a uno o varios pacientes puede generar varias indicaciones de ejecutar higiene de manos en forma simultánea esto nos orienta a que no toda indicación requiera una acción de higiene de las manos por separado; ósea una acción de higiene de manos solo se justifica por la indicación que esta precedida o sigue inmediatamente a una secuencia de dos o más contactos. Incluso una sola acción de lavado manos es suficiente para evitar el riesgo de transmitir entidades patógenas. (13,29)

Para conseguir la efectividad de una buena higiene de manos el personal sanitario no solo es necesario, conocer los 5 momentos; esto debería ir acompañado de los conocimientos sobre la técnica para realizar la higiene de

manos con agua y jabón, la técnica de higiene con preparados de base alcohólica, así como el uso correcto de los guantes y la adherencia a la higiene de manos evitando finalmente la transmisión de microorganismos patógenos. (13)

Finalmente, existen puntos importantes que buscan la adherencia a la higiene donde la institución de salud cumple un rol fundamental mediante actividades tales como: difundir los “recordatorios” sobre los pasos de las técnicas y momentos de la higiene de manos en todos los servicios, asegurar infraestructura adecuada e insumos necesarios para dicha actividad, entrenar al personal de salud, monitorizar el cumplimiento y reportar los resultados y fomentar un clima de seguridad en la atención al paciente. (13)

2.2. Antecedentes del estudio

No existen investigaciones que relacionen las variables sobre Cultura de seguridad del paciente e higiene de manos. Pero se han encontrado otras investigaciones que relacionan estas con otras variables. Así a nivel internacional esta, Álvarez, D. Gonzales J; (2022), en Argentina; su investigación describió las percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de cuidados críticos en un hospital materno-infantil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal. La población accesible estuvo representada por 57 enfermeras. Se utilizó como instrumento el Hospital Survey on Patient Safety Culture. Como resultados en relación a las dimensiones se encontró que la dimensión con valores más altos fue de 7 sobre la retroalimentación y comunicación sobre errores. El resto de las dimensiones obtuvieron puntuaciones parametradas como normales, con valores menores o iguales a 4 puntos. Como conclusión se encontró percepciones no negativas donde la retroalimentación y comunicación sobre

errores fue la única dimensión con puntuación positiva en el personal de enfermería. (34)

Campelo C, et. al. (2022), en Brasil; en su trabajo analizaron la cultura del paciente entre los profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Fue un estudio transversal. Se utilizó el Cuestionario Hospitalario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente. Solo 163 profesionales de enfermería conformaron la muestra. Las dimensiones “trabajo en equipo de la unidad”, “expectativas y acciones del supervisor - liderazgo para promover la seguridad del paciente” y “aprendizaje organizativo y mejora continua” mostraron los índices más altos de respuestas positivas, mientras que las dimensiones “apertura a la comunicación” y “respuestas a la información y comunicación sobre el error” obtuvieron los porcentajes más bajos. El nivel de seguridad general del paciente se consideró como muy bueno (47%). (35)

Ambrósio A, Correa T, de Souza L, Mendes M. (2021), en Brasil; en su trabajo tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en las unidades críticas. Participaron 169 profesionales en el estudio. El tiempo de trabajo en el hospital $p = 0.013$, relacionado a las horas trabajadas $p = 0.007$ se quedó entre 40 a 59 horas. Como punto positivo el 56,2% de los profesionales de salud sostiene que la dirección fomenta un clima de trabajo que promueve lo relacionado a la seguridad del paciente. Concluye que el apoyo de la gestión marca a la cultura de seguridad, teniendo como puntos de mejora la comunicación entre los equipos. (36)

Barbosa M., Melo J. (2018), en Brasil, en su estudio tuvo como objetivo evaluar el clima de seguridad del paciente según la percepción de los profesionales del equipo de enfermería de hospitales de gran tamaño. Estudio transversal, exploratorio-analítico, con abordaje cuantitativo de los datos, realizado con 582 profesionales de enfermería. En los resultados se

observó que la puntuación general media obtenida por el instrumento fue de 62,29 (S= 13,71). Entre los dominios, el D3, que relaciona la satisfacción en el trabajo, obtuvo la mayor media, siendo de 80,22 (S=18,54). La menor media observada entre los dominios fue la que relaciona la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital, D5, siendo la media de 53,12 (S=20,01). (31)

Ramírez M., Gonzales A., (2017), en México; en su investigación identificó la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería. Fue un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, con la participación de 27 profesionales. Se aplicó el cuestionario *Hospital survey on patient safety culture*. Los resultados fueron el promedio de edad fue de 44.7 años. Cerca del 15% refirió percibir un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno. El 66.7% del personal de enfermería describió no haber notificado ningún evento adverso. La dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores con 75.3% aparece globalmente como fortaleza. En las debilidades percibidas, destacan 2 dimensiones: respuesta no punitiva a los errores con 61.7% y dotación de personal con 62%, ambas corresponden al área o rubro de cultura de seguridad en el nivel servicio. (32)

Villegas O., et al. (2017), en Colombia; realizó un estudio sobre Medición de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. Estudio transversal y cuantitativo, que evaluó la adherencia al lavado de las manos en personal ambulatorio y de urgencias de Assbasalud y el impacto después de recibir capacitación. Se realizó en tres fases: precapacitación, capacitación y poscapacitación. Fueron 128 colaboradores en 9 sedes. La adherencia obtenida al lavado de manos en la 1ª fase fue 61,8% y para la 2ª del 78,3%; resultados positivos con relación a estudios internacionales. Se concluye que el lavado de las manos, valorada en 78,3% durante el cuarto trimestre de 2013, es una excelente estrategia para prevenir infecciones hospitalarias. (33)

A nivel nacional, tenemos en una Revisión Sistemática de Quispe (2020), en Perú; tuvo como objetivo principal, el sintetizar la evidencia que existe en cuanto a cultura de seguridad del paciente y calidad asistencial, la metodología fue un enfoque cualitativo de diseño la muestra la conformaron 25 artículos científicos tomados de la base de datos de Pub Med, se realizó la recolección de datos a través de los instrumentos PICOS, PROGRESS Y PRISMA, que menciona a la falta de cultura de seguridad del paciente y calidad asistencial, como un generador que condiciona la existencia de errores ocasionados por la asistencia sanitaria, los cuales podrían desencadenar incluso la muerte en los pacientes, llegando a la conclusión de que es necesario lograr un cambio profundo en la cultura de seguridad donde los errores nos permitan aprender y no culpabilizar en su totalidad al personal de salud pues la mayor parte de estos errores cometidos se da por falta de organización institucional. (37)

Quispe M. (2019), en Lima; en su investigación determinó la influencia de los factores personales e institucionales en la Práctica del Lavado de Manos Clínico en las enfermeras del Servicio de Emergencia, Hospital María Auxiliadora. La investigación fue de tipo cuantitativa, método descriptivo - correlacional, tuvo muestra poblacional de 74 enfermeras. Para recolección de información se usó un cuestionario para los Factores Personales e Institucionales, cuya confiabilidad fue de 0,925 y para la Práctica del Lavado de Manos Clínico una lista de cotejo, con una confiabilidad de 0,820. En sus resultados se encontró que los Factores Personales e Institucionales, tuvieron prevalencia, nivel bajo (58,1%) y en la variable práctica del lavado de manos prevalece nivel inadecuado (51,4%). Dicha investigación obtuvo como conclusión que los factores personales e institucionales tienen relación significativa en el lavado de manos clínico ($R^2 = .454$). (38)

Condor A. (2018), en Lima; en su investigación determinó la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia de la técnica del lavado de manos de las licenciadas en enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital Sergio E. Bernales. Investigación de tipo descriptivo - correlacional. La población de estudio fue de 20 enfermeras que laboraban en la Unidad de cuidados Intensivos. Se aplicó el cuestionario de conocimiento del lavado de manos y luego se aplicó el formulario para medir la adherencia de la higiene de manos también en los cinco momentos. Tuvo como resultados un buen nivel de conocimiento de la técnica de lavado de manos en el 60% y solo el 10% de las enfermeras tienen un nivel de conocimientos deficientes en dicha técnica. Asimismo, el 45% de las encuestadas presentan un buen nivel de adherencia, el otro 45% manifestó una regular adherencia y solo el 10% restante tuvieron una mala adherencia de la técnica de lavado de manos. (39)

Mori N. (2017), en Lima; desarrolló la investigación; tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. El diseño de la investigación fue no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 40 enfermeras. Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para evaluar las variables sobre cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. El resultado mostró una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos con un nivel de significancia de 0.05, $R= 0.827$, y $p = 0.035 < 0.05$. (40)

Y a nivel local, Zavala A. (2019), en Trujillo; realizó un estudio sobre cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, fue un estudio de tipo descriptivo - correlacional. La muestra lo conformaron 62 profesionales de la salud y en relación a la variable nivel de

cultura de seguridad en el personal de salud se encontró un nivel bajo y medio en un 87%; y respecto al cumplimiento de higiene de manos un 71% no cumple con la técnica de higiene de manos, además se encontró que, de las 5 dimensiones de la cultura de seguridad estudiadas, presentó solo una alta relación con el cumplimiento de las técnicas de higiene de manos. La conclusión fue que la cultura de seguridad del paciente presentó una relación significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, con una correlación de spearman es $Rho = 0.857$, con nivel de significancia $p=0.000$ (41)

2.3. Marco Conceptual

Higiene de manos: Es la medida higiénica orientada a la antisepsia de las manos orientada con el objetivo de disminuir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos usualmente haciendo uso de un antiséptico de base alcohólica o en lavarse con agua y jabón antimicrobiano o norma respetando los 5 momentos para la higiene de manos. (13)

La adherencia a la higiene de manos: es el cumplimiento de la medida de higiene que conduce a la antisepsia de las manos para reducir la flora microbiana transitoria; lo cual se puede alcanzar mediante la frotación de las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavarse las manos con agua y jabón normal o antimicrobiano teniendo en cuenta los 5 momentos de la higiene de manos. (13)

Fricción de manos: Es el rozamiento de ambas manos con la aplicación previa de un antiséptico de base alcohólica con la finalidad de disminuir o impedir la propagación de microorganismos sin necesidad del uso de una fuente de agua, ni de enjuagarse o secarse con una toalla o algún otro instrumento. (13)

Lavado de manos: Consiste en remover mecánicamente la suciedad y eliminar los microorganismos transitorios de la piel. Es aquella acción que se realiza usando agua y jabón común y tiene una duración no menor a 1 minuto. (13, 43)

Seguridad del paciente: Se entiende como la disminución del riesgo de daños innecesarios en relación con la asistencia en salud hasta un nivel mínimamente aceptable, es decir es inversamente proporcional al riesgo generado en la parte asistencial, conociéndose el hecho que el error sanitario es inherente como causa del riesgo a la asistencia sanitaria. (18)

Cultura de seguridad del paciente: La cultura de seguridad del paciente: se refiere al conjunto de valores y normas comunes de las personas dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo. (42)

2.4. Sistema de Hipótesis

2.4.1 Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi)

La cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con la adherencia de la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.

2.4.2 Hipótesis nula (Ho)

La cultura de seguridad del paciente no se relaciona significativamente con la adherencia de la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.

2.5. Variables e indicadores

2.5.1. Variable Dependiente: Adherencia a la Higiene de manos

Definición Operacional: Se midió la adherencia a la higiene de manos a través del formulario de observación del MINSA, que evalúa los 5 momentos para la higiene de manos: Antes del contacto con el paciente, antes de un procedimiento limpio/aséptico, después del riesgo de exposición de fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente. (Ver anexo N° 5)

Indicadores

- **Cumple:** Cuando realiza acciones correctas con un porcentaje mayor al 80% como el frotado con antiséptico o lavado de manos con agua y jabón normal o antimicrobiano frente a una indicación.
- **No cumple:** Cuando realiza acciones correctas con un porcentaje menor del 80% es decir omite realizar la acción como el frotado con antiséptico o lavado de manos con agua y jabón normal o antimicrobiano frente a una indicación.

2.5.2. Variable Independiente: Cultura De Seguridad Del Paciente

Definición Operacional: Se midió mediante la encuesta de “cultura de seguridad del paciente en higiene de manos”, en la que se evaluará las 5 dimensiones. (Ver anexo N° 5)

Dimensiones

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

Indicadores:

- Nivel Bajo: 34 – 78 puntos.
- Nivel Medio: 79 -125 puntos.
- Nivel Alto: 126 – 170 puntos.

III. METODOLOGIA**3.1. Tipo y nivel de investigación:**

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, aplicada de nivel descriptivo que permitió la aplicación de procesos sistemáticos y poder establecer la relación entre las variables en estudio. (44)

3.2. Población y muestra de estudio:

Estuvo conformado por un total de 25 enfermeros que corresponde al 100% de enfermeras que trabajan en los servicios de emergencias y cuidados críticos del Instituto regional de enfermedades neoplásicas de Trujillo.

Criterios de inclusión:

- ✓ Tener una antigüedad mayor de 1 año en los servicios de emergencias y cuidados intensivos; y acepten participar libremente del estudio.
- ✓ Enfermeros de ambos sexos, con cualquier tipo de contrato, con o sin especialidad en áreas críticas.

Criterios de exclusión:

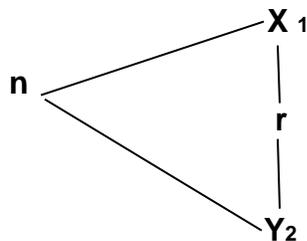
- ✓ Enfermero de otro servicio que acude a cubrir turno por ausencia de personal.
- ✓ Enfermeras de las unidades críticas que realicen solo labor administrativa.

Muestreo:

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia en razón a que es una población pequeña y todos participaron.

3.3. Diseño de investigación:

El diseño fue de tipo no experimental, descriptivo – correlacional de corte transversal, porque se describió la relación entre las dos variables en un momento determinado (44), cuyo esquema es el siguiente:

**Dónde:**

n: población muestral

X₁: Cultura de seguridad

Y₂: Adherencia a la higiene de manos

r: relación de variables

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas: Se utilizó la técnica de la encuesta y la observación.

- Para recolectar los datos se aplicaron los instrumentos previa coordinación con la dirección del Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas, la jefatura de enfermería y coordinadora de las áreas, se dio a conocer los objetivos de la investigación y solicitar las facilidades para la recolección de los datos.
- Posteriormente se identificaron a las enfermeras que participaron de la investigación de acuerdo a los criterios de inclusión que laboran en las unidades de Emergencias y Cuidados Críticos. Se

les explicó los objetivos de la investigación para lograr la aceptación de su participación en esta, a través del consentimiento informado. Luego se procedió a la aplicación de los instrumentos en sus servicios, durante un tiempo aproximado de 10-15 minutos por cada personal, dentro de sus horas laborales. Una vez concluida la aplicación de ambos instrumentos se verificó que todos los ítems hayan sido marcados correctamente y en su totalidad.

- Previo a la recolección de datos, se solicitó la orientación del personal de enfermería que está a cargo del área de calidad del Instituto regional de enfermedades neoplásicas, para asegurar la correcta aplicación del instrumento referido a la Adherencia a la higiene de manos.
- Los resultados de la investigación fueron informados a la institución correspondiente.

Instrumentos de investigación:

- a. Cuestionario de cultura de seguridad del paciente:** Se usó el cuestionario de cultura de seguridad del paciente, tomado de la investigación titulada: Cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2019 de autoría de Zavala A. Se aplicó este instrumento en esta investigación ya que anteriormente fue aplicado a una población similar a la del presente estudio.

El cuestionario sobre “Cultura de seguridad del paciente”, (Ver Anexo 1) estuvo conformada por 5 dimensiones. Las cuales están distribuidos en el instrumento de la siguiente manera:

La dimensión compromiso de gestión: Será evaluada mediante las preguntas (1, 2, 3, 4, 5); con los rangos de Bajo: 5 - 11 Medio: 12 - 18 y Alto: 19 – 25.

La dimensión de procedimientos, políticas y reglas de seguridad:

Será evaluada con las preguntas (6, 7, 8, 9, 10, 11); con los rangos de Bajo: 6 -13, Medio: 14– 22, Alto: 23 – 30.

La dimensión de entrenamiento en seguridad: Será evaluada mediante de las preguntas (20, 21, 22, 23, 24, 25); con un rango establecido de Bajo: 6 -13, Medio: 14-22, Alto: 23-30.

La dimensión de Percepción del Riesgo: Será evaluado en las preguntas (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), cuyos rangos establecidos son Bajo: 9-20, Medio: 21-33, Alto: 34-45.

La dimensión de Actitud hacia la seguridad: Se evaluará a través de las preguntas (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33), cuyos rangos establecidos son Bajo: 8 – 18, Medio: 19- 29, Alto: 30 -40.

Además, el instrumento será medida por una escala de Likert: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5).

b. Instrumento para medir adherencia a la higiene de manos:

Se usó un formulario de observación, que fue tomado de la Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud del MINSA, 2016 (Ver Anexo 2). Este formulario evalúa lo siguiente:

Oportunidad: Definida como mínimo por una indicación La indicación es la razón(es) que motiva(n) la acción de higiene de manos. Se registrará todas las indicaciones en un momento dado de acuerdo a los 5 momentos, tal como: Antes del contacto con el paciente (Ant. pac.), Antes de un procedimiento limpio/aséptico (Ant. asep), Después del riesgo de exposición de fluidos corporales (Desp. Fc.); Después del contacto con el paciente (Desp. pac.), Después del contacto con el entorno del paciente (Desp. entp).

Acción de higiene de manos: Respuesta a las indicaciones para la

higiene de manos. Puede ser una acción positiva al frotarse las manos (FM) con desinfectante de base alcohólica o lavarse las manos (LM) con agua y jabón o una acción negativa al no frotarse las manos ni lavárselas.

Consideraciones para el uso del formulario de observación.

- El observador puede observar hasta tres profesionales si lo permite la densidad de oportunidades para la higiene de manos.
- Cada oportunidad se refiere a una línea de cada columna, cada línea es independiente de la columna a la siguiente.
- Cuando varias indicaciones coincidan en una oportunidad debe registrar cada una marcando los cuadros.
- Las acciones realizadas u omitidas siempre deben registrarse en el contexto de una oportunidad.
- El uso de los guantes solo puede registrarse cuando se omite la acción de higiene de manos mientras el profesional de salud lleva guantes.
- Para la medición se hará mediante el formulario de cálculo del cumplimiento básico de la higiene de manos (ver Anexo 3). Sus instrucciones son las siguientes:
 1. Los resultados van por categoría y por sesión (verticales)
 2. Se suma las oportunidades registradas (op) por categoría profesional, anote la cantidad en la casilla correspondiente del formulario de cálculo.
 3. Se suma las acciones de higiene de manos positivas relacionadas con el total de oportunidades anterior señalando la diferencia entre lavado de manos (LM) y fricción de manos (FM), anote la cantidad en la casilla correspondiente del formulario de cálculo.
 4. Se suma todas las cantidades de cada categoría profesional y calcule el índice de cumplimiento (dado en porcentaje).

5. La suma de cada línea permite obtener el cumplimiento global al final de la última columna derecha.

$$\text{Cumplimiento (\%)} = \frac{\text{acciones}}{\text{oportunidades}} \times 100$$

Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación:

1. Para el instrumento que evalúa la cultura de seguridad denominado: Cuestionario de cultura de seguridad del paciente, se aplicó un total de 15 pruebas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad del instrumento se obtuvo para el instrumento total un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.84$ ($\alpha > 0.70$), siendo confiable. (Ver Anexo 4).
2. En el segundo instrumento denominado, formulario de observación para medir la adherencia a la higiene de manos; no se le aplicó prueba de confiabilidad ni validez ya que es un instrumento estandarizado y aprobado en la guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud del Perú según RM 255-2016/MINSA que se usa actualmente.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

- Para evaluar los resultados se realizó haciendo uso del programa Statistical Package for Social sciences (SPSS), en versión 26.0; los resultados se presentaron en tablas de simple y doble entrada.
- Para la hipótesis se utilizó pruebas estadísticas de asociación χ^2 de independencia esto permitió evaluar nivel de influencia entre ambas variables. (44)

3.6. Consideraciones éticas

La investigación se basó en ciertos principios que tienen como finalidad aumentar la calidad y objetividad de la investigación. (45)

Principio de Beneficencia: Los sujetos de la investigación no fueron expuestos a situaciones y experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicados.

Principio de Autonomía: Cada usuario decidió de manera voluntaria su participación o no en la investigación, a través del consentimiento informado, además estuvieron facultados para rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación.

Principio de confidencialidad: La información recolectada se mantuvo en estricta confidencia, por lo que cualquier información no fue reportada en público ni accesible a otras partes que no sean involucradas en la investigación. Además, se consideró en todo momento, un trato justo, respetuoso, equitativo y cortés hacia los participantes.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1

Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Variable 1	Nº	%
Cultura de seguridad del paciente		
Bajo	1	4%
Medio	24	96%
Alto	0	0%
Total	25	100%
Dimensiones		
Compromiso de la Gestión		
Bajo	1	4%
Medio	11	44%
Alto	13	52%
Total	25	100%
Procedimientos, políticas y reglas		
Bajo	0	0%
Medio	2	8%
Alto	23	92%
Total	25	100%
Percepción de riesgo		
Bajo	21	84%
Medio	4	16%
Alto	0	0%
Total	25	100%
Entrenamiento en seguridad		
Bajo	11	44%
Medio	10	40%
Alto	4	16%
Total	25	100%
Actitud hacia la seguridad		
Bajo	21	84%
Medio	4	16%
Alto	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación.

En la Tabla 1 se observa que el 96% (24 enfermeras) obtienen nivel medio sobre la cultura de seguridad del paciente y el 4% (una enfermera) tienen nivel bajo. Según las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se obtuvo el 52% (13 enfermeras) obtienen nivel alto sobre el compromiso de la gestión y el 44% (11 enfermeras) tienen nivel medio; en la dimensión procedimientos, políticas y reglas el 92% (23 enfermeras) obtienen nivel alto y el 8% (2 enfermeras) tienen nivel medio; en la dimensión percepción de riesgo el 84% (21 enfermeras) obtienen nivel bajo y el 16% (4 enfermeras) tienen nivel medio; en la dimensión entrenamiento en seguridad el 44% (11 enfermeras) obtienen nivel bajo y el 40% (10 enfermeras) tienen nivel medio; finalmente el 84% (21 enfermeras) obtienen nivel bajo sobre la actitud hacia la seguridad y el 16% (4 enfermeras) tienen nivel medio.

Tabla 2

Nivel de adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Variable 2	Nº	%
Adherencia a la higiene de manos		
Si cumple	4	16%
No cumple	21	84%
Total	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación

En la Tabla 2, se observa que el 16% (4 enfermeras) cumplen con la adherencia a la higiene de manos y el 84% (21 enfermeras) no cumplen con la adherencia a la higiene de manos.

Tabla 3

La cultura de seguridad del paciente y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Adherencia a la higiene de manos	Cultura de seguridad del paciente						Total	
	Alto		Medio		Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si cumple	0	0%	4	16%	0	0%	4	16%
No cumple	0	0%	20	80%	1	4%	21	84%
Total	0	0%	24	96%	1	4%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación

$$X^2 = 0.198$$

$$p = 0.656 > 0.05$$

En la Tabla 3 se observa que el 80% (20 enfermeras) obtienen nivel medio sobre la cultura de seguridad del paciente y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel medio sobre la cultura de seguridad del paciente y cumplen con la adherencia a la higiene de manos, en tanto que el 4% (1 enfermera) obtienen nivel bajo sobre la cultura de seguridad del paciente y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos.

También se observa que el valor de la prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.198$ con nivel de significancia $p = 0.656$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia a la higiene

de manos en las enfermeras de los servicios de emergencias y cuidados intensivos del IREN Norte, 2020.

Tabla 4

La dimensión compromiso de la gestión y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Adherencia a la higiene de manos	Compromiso de la gestión						Total	
	Alto		Medio		Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si cumple	1	4%	3	12%	0	0%	4	16%
No cumple	12	48%	8	32%	1	4%	21	84%
Total	13	52%	11	44%	1	4%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación.

$$X^2 = 1.898$$

$$p = 0.387 > 0.05$$

En la Tabla 4 se observa que el 48% (12 enfermeras) obtienen nivel alto sobre el compromiso de la gestión y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 32% (8 enfermeras) obtienen nivel medio sobre el compromiso de la gestión y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, sin embargo, un 12% (3 enfermeras) obtienen nivel medio sobre el compromiso de la gestión y cumplen con la adherencia a la higiene de manos. También se observa que el valor de la prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 1.898$ con nivel de significancia $p = 0.387$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que la dimensión compromiso de la gestión de la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de los servicios de emergencias y cuidados intensivos del IREN Norte, 2020.

Tabla 5

La dimensión procedimientos, políticas y reglas y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Adherencia a la higiene de manos	Procedimientos, políticas y reglas						Total	
	Alto		Medio		Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si cumple	4	16%	0	0%	0	0%	4	16%
No cumple	19	76%	2	8%	0	0%	21	84%
Total	23	92%	2	8%	0	0%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación

$$X^2 = 0.414$$

$$p = 0.520 > 0.05$$

En la Tabla 5 se observa que el 76% (19 enfermeras) obtienen nivel alto sobre los procedimientos, políticas y reglas y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel alto sobre los procedimientos, políticas y reglas y cumplen con la adherencia a la higiene de manos, en tanto que el 8% (2 enfermeras) obtienen nivel medio sobre los procedimientos, políticas y reglas y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos.

Por otro lado, la prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.414$ con nivel de significancia $p = 0.520$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), evidenciándose que no hay relación entre la dimensión procedimientos, políticas y reglas de la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de los servicios de emergencias y cuidados intensivos del IREN Norte, 2020.

Tabla 6

La dimensión percepción del riesgo y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Adherencia a la higiene de manos	Percepción de riesgo						Total	
	Alto		Medio		Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si cumple	0	0%	0	0%	4	16%	4	16%
No cumple	0	0%	4	16%	17	68%	21	84%
Total	0	0%	4	16%	21	84%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación

$$X^2 = 0.907$$

$$p = 0.341 > 0.05$$

En la Tabla 6 se observa que el 68% (17 enfermeras) obtienen nivel bajo sobre la percepción de riesgo y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel alto sobre la percepción de riesgo y cumplen con la adherencia a la higiene de manos, en tanto que el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel medio sobre la percepción de riesgo y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos. También se observa que el valor de la prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.907$ con nivel de significancia $p = 0.341$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que la dimensión percepción de riesgo de la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de los servicios de emergencias y cuidados intensivos del IREN Norte, 2020.

Tabla 7

La dimensión entrenamiento en seguridad y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Adherencia a la higiene de manos	Entrenamiento en seguridad						Total	
	Alto		Medio		Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si cumple	0	0%	1	4%	3	12%	4	16%
No cumple	4	16%	9	36%	8	32%	21	84%
Total	4	16%	10	40%	11	44%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación

$$X^2 = 2.070$$

$$p = 0.355 > 0.05$$

En la Tabla 7 se observa que el 36% (9 enfermeras) obtienen nivel medio sobre el entrenamiento en seguridad y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 32% (8 enfermeras) obtienen nivel bajo sobre el entrenamiento en seguridad y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, en tanto que el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel alto sobre el entrenamiento en seguridad y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos. La prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 2.070$ con nivel de significancia $p = 0.355$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), verificándose que la dimensión entrenamiento en seguridad de la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de los servicios de emergencias y cuidados intensivos del IREN Norte, 2020.

Tabla 8

La dimensión actitud hacia la seguridad y su relación con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte, 2020.

Adherencia a la higiene de manos	Actitud hacia la seguridad						Total	
	Alto		Medio		Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si cumple	0	0%	0	0%	4	16%	4	16%
No cumple	0	0%	4	16%	17	68%	21	84%
Total	0	0%	4	16%	21	84%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de aplicación de instrumentos de evaluación

$$X^2 = 0.907$$

$$p = 0.341 > 0.05$$

En la Tabla 8 se observa que el 68% (17 enfermeras) obtienen nivel bajo sobre la actitud hacia la seguridad y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel bajo sobre la actitud hacia la seguridad y cumplen con la adherencia a la higiene de manos, en tanto que el 16% (4 enfermeras) obtienen nivel medio sobre la actitud hacia la seguridad y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos. También se observa que el valor de la prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.907$ con nivel de significancia $p = 0.341$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que la dimensión actitud hacia la seguridad de la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de los servicios de emergencias y cuidados intensivos del IREN Norte, 2020.

V. DISCUSION

5.1 Contrastación de los resultados:

La seguridad del paciente es inherente a la práctica de enfermería, sin embargo en la realidad se puede observar distintas situaciones que muestran que el profesional de enfermería aún no ha alcanzado a desarrollar una cultura relacionada a la seguridad misma del paciente por diferentes factores tanto internos propios del profesional como externos relacionados a la organización en la que desempeña sus labores que garantice una atención con calidad, por ello es de suma importancia profundizar este campo.

Asimismo, identificar la cultura de seguridad del paciente dentro de un equipo nos facilita la obtención de un diagnóstico inicial de la percepción de los profesionales en relación a las principales dimensiones en la seguridad, lo cual nos permitirá identificar fortalezas y debilidades, que respalden la asociación positiva entre el entorno de la práctica profesional de enfermería y los resultados evidentes en los propios pacientes. (18)

En la tabla 1, encontramos que las enfermeras del Instituto regional de enfermedades neoplásicas de los servicios de Emergencias y Cuidados intensivos en su mayoría (96%), presentaron un nivel medio en cuanto a la cultura de seguridad del paciente. En relación a las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente se obtuvo niveles altos en el compromiso de la gestión (52%) y en la dimensión procedimientos, políticas y reglas (92%); por el contrario, obtuvieron niveles bajos en las dimensiones de percepción de riesgo (84%), entrenamiento en seguridad (44%) y en la actitud hacia la seguridad (84%).

Según los datos encontrados en el presente estudio notamos que el 96% del personal de enfermería presenta un nivel medio en cultura de seguridad del paciente; esto es coherente con lo sustentado en el abordaje teórico de Florencia Nightingale, que valora la necesidad de un entorno saludable, para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería (17), por ello; esta teorista de forma indirecta

nos apoyaría el desarrollo de un alto nivel respecto a la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud.

Estos datos encontrados difieren con lo encontrado por Álvarez, D. Gonzales J (2022), en su estudio en enfermeras en argentina, en la que la dimensión más sobresaliente fue la de retroalimentación y comunicación sobre errores con una media de 4,17. No se determinaron diferencias estadísticamente significativas. El análisis de la cultura de seguridad del paciente encontró percepciones no negativas donde la retroalimentación y comunicación sobre errores fue la única dimensión con valores mayores de 7 considerado positiva entre los enfermeros encuestados (34). Mientras que en la presente investigación se encontró niveles bajos a nivel de entrenamiento en seguridad (44%), dentro de la cual se encuentra los parámetros de la comunicación y la retroalimentación mencionados en el anterior estudio.

Campelo C, Nunez F; (2021), en su estudio a 163 enfermeras de cuidados intensivos pudieron determinar que no existían áreas fuertes en la seguridad del paciente. El nivel de la cultura de seguridad del paciente en términos generales se consideró como muy bueno (47%). Asimismo, las dimensiones con puntajes más altos fueron trabajo en equipo de la unidad (57.7%) expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para promover la seguridad del paciente (58.9%) y aprendizaje organizativo y mejora continua (59.5%), mientras que las dimensiones apertura a la comunicación y respuestas a la información y comunicación sobre el error obtuvieron los porcentajes más bajos (27%). (35) Estas tres últimas dimensiones se asemejan a lo encontrado en el presente estudio.

Amanda J (2020) sostiene que todas las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, con la excepción del apoyo de la gerencia para la seguridad y el ambiente de trabajo no punitivo ($p < .05$), fueron positivamente y significativamente asociado con una mayor adherencia a la Seguridad del

Paciente. En particular, se observaron percepciones de un mejor trabajo en equipo dentro de las unidades ($r=0.23$) y trasposos y transiciones ($r=0.25$), lo que sugiere que los factores que apoyan el trabajo enfermeras hacen todos los días y cómo las enfermeras y los equipos funcionan juntos son importante a considerar. (46)

Quispe Y. (2020), en una revisión sistemática sobre la Cultura de Seguridad del paciente y Calidad sanitaria se les reconoce como una necesidad para ayudar a la disminución de eventos adversos, para ello resulta indispensable contar con el compromiso de las personas y de las instituciones para lograr una atención adecuada. La falta de Cultura de seguridad del paciente ha generado que existan errores generados por la asistencia sanitaria. Finalmente se concluyó que se necesita lograr una transformación de la cultura de seguridad donde se aprenda de los errores y no se culpe en su totalidad al personal de salud pues gran parte de estos errores son cometidos por falta de organización institucional. (37)

Entonces podemos concluir que la cultura de seguridad del paciente como parte importante en el desarrollo de un sistema de gestión del riesgo asistencial en una organización, sería clave implementarla en el personal de enfermería para detectar los problemas antes de que sucedan, teniendo en cuenta las dimensiones de la misma en nuestro caso específicamente sería en la percepción de riesgo, entrenamiento en seguridad y actitud hacia la seguridad. (18)

En la tabla 2, se denota que la mayoría del personal de enfermería (84%) no cumple con la adherencia a la higiene de manos y solo un 16% si lo cumple, esto coincide con lo encontrado por Quispe M. (2019) en sus resultados encontró en la variable práctica del lavado de manos prevalece nivel inadecuado (51,4%) y que los Factores Personales e Institucionales, tuvieron prevalencia, nivel bajo (58,1%) Dicha investigación obtuvo como conclusión que los factores

personales e institucionales tienen relación significativa en el lavado de manos clínico ($R^2 = .454$). (38)

Por el contrario, los datos son contrarios a los del estudio de Condor A. (2018), quien obtuvo como resultados el 45% de las enfermeras de cuidados intensivos que participaron en el estudio muestran un buen nivel de adherencia, el otro 45% mostró una regular adherencia y solo el 10% restante tuvieron una mala adherencia de la técnica de lavado de manos. (39)

Amaya R. (2020), en una revisión sistemática que tuvo como objetivo sistematizar la evidencia sobre conocimiento y cumplimiento de la higiene de manos en el personal de salud, tuvo como resultado en relación a los 5 momentos de la higiene de manos, la mayoría la aplicó después del contacto con el paciente o después del contacto con fluidos corporales, los que mayor cumplimiento de higiene de manos tuvieron, son los profesionales de enfermería y los que menor cumplimiento tuvieron son los médicos. (47)

Handiyani H, Ikegawa I, Hariyati S, Ito M y Amirulloh F (2019), encontraron en su estudio que la educación, la edad, el género y la actitud de la enfermera fueron determinantes internos significativos y el determinante más externo fue el apoyo del jefe de sala (59.5%) ($p < 0.001$). A su vez refiere que es necesario investigar otros estudios relacionados con otras causas del cumplimiento de la higiene de manos para encontrar las principales causas de incumplimiento. Por lo tanto, se pueden establecer intervenciones apropiadas para mejorar el cumplimiento de las enfermeras con la higiene de manos. (48)

Además de los factores mencionados anteriormente algunos estudios señalan que el uso de guantes es un factor de riesgo principal para el incumplimiento de la higiene de manos y existe una correlación negativa entre el uso de guantes y el cumplimiento de la higiene de manos. También se menciona que el personal de salud puede mostrar actitudes negativas hacia la higiene de manos debido a:

se necesita mucho tiempo para realizarla, insuficiente proporción de enfermeras por pacientes, salas abarrotadas y una gran carga de trabajo, todo lo cual podría dar lugar a la falta de conformidad con la higiene de manos en la atención clínica. El personal asistencial necesita capacitación intermitente para la higiene de las manos y el uso de guantes para corregir la comprensión inapropiada. Finalmente, una sensación de seguridad inapropiada relacionado con el uso de guantes o la falta de comprensión entre los trabajadores de la salud pueden influir en este problema. (49)

Por otro lado, teniendo en cuenta que el desarrollo del presente estudio se llevó a cabo durante la pandemia, es conocido que los profesionales de salud tuvieron que trabajar con equipos de protección individual durante largos periodos de jornada laboral y en espacios habilitados como unidades críticas por la demanda en niveles muy altos, esto generó la imposibilidad de realizar una correcta higiene de manos en el área del mismo trabajo. Además, los momentos en los que debe realizarse la higiene de manos, debió adaptarse a la coexistencia de otras medidas de prevención, como la presencia de equipos de protección y a sus normas de uso. Asimismo, los profesionales priorizaron los momentos de autoprotección (momento 3, momento 4 y momento 5) sobre los momentos de protección al paciente, esto era habitual antes pandemia, dicha acción también se repitió durante la pandemia por COVID-19. (55)

Finalmente, aun siendo la higiene de manos la estrategia más sencilla de ejecutar y efectiva para disminuir las infecciones intrahospitalarias disminuyendo las complicaciones y la larga estancia hospitalaria; el personal de salud aún continúa mostrando tasas de cumplimiento muy bajas lo que coincide con nuestros datos; probablemente porque existen algunos factores que intervienen en el cumplimiento de la misma como las mencionadas en las anteriores investigaciones.

En la tabla 3, se observa que la cultura de seguridad del paciente en su nivel medio la mayoría de enfermeras (80%) no cumplen con la adherencia a la higiene

de manos y solo el 16 % cumplen con la adherencia a la higiene de manos. Asimismo, el valor de la prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.198$ con nivel de significancia $p = 0.656$ nos demuestra que la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia al lavado de manos en las enfermeras del IREN Norte, Trujillo- 2020.

Los datos difieren a los hallados por Zavala A. (2019), quien realizó un estudio sobre cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, reportando entre sus resultados que la variable nivel de cultura de seguridad en el personal de salud presentaron un nivel bajo y medio en un 87%; y respecto al cumplimiento de higiene de manos un 71% no cumple con la técnica de higiene de manos, por otro lado de las 5 dimensiones de la cultura de seguridad estudiadas, todas presentaron una alta relación con el cumplimiento de las técnicas de higiene de manos. La conclusión fue que la cultura de seguridad del paciente presentó una relación significativa con el cumplimiento de la técnica de higiene de manos, con una correlación de spearman es $Rho = 0.857$, con nivel de significancia $p=0.000$, en los diferentes profesionales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. ⁽⁴¹⁾

Por otro lado, dentro de la seguridad del paciente se debe tener en cuenta las precauciones estándar como un componente esencial en todos los cuidados directos que se brindan al paciente e incluyen un conjunto básico de prácticas, tales como higiene de manos, uso apropiado de equipo de protección personal y uso seguro de equipo cortopunzante (50). Por ello es importante para enfermería tener la concepción y adherencia a la seguridad del paciente esto se puede conseguir con el desarrollo de una cultura organizacional de seguridad del paciente que le permita priorizar los cuidados específicos (46), aunque es necesario aun explorar otros factores y mecanismos adicionales puedan intervenir.

En la tabla 4, se observa que el 48% obtienen nivel alto sobre el compromiso de la gestión y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, el 32% obtienen nivel medio sobre el compromiso de la gestión y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos. Además, la dimensión compromiso de la gestión de la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia al lavado de manos de las enfermeras del IREN (Chi Cuadrado es $X^2 = 1.898$ con nivel de significancia $p = 0.387$).

Barbosa M., Melo J. (2018), en contraposición a los datos encontrados en la presente investigación determinaron en su estudio del clima de seguridad del paciente en los resultados. Entre los dominios con la menor media observada fue la que relaciona la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital, siendo la media de 53,12 (S=20,01). (31)

Ambrosio A, Correa T (2021), en su estudio evaluó la cultura de seguridad del paciente en las unidades críticas. Participaron del estudio 169 profesionales. Como punto positivo el 56,2% de los profesionales apunta que la dirección propicia un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente. Concluyendo que la cultura de seguridad está marcada por el apoyo de la gestión, teniendo como puntos de mejora la comunicación entre los equipos. (36)

La gestión de riesgos del sistema, por las características que presenta, es decir, por su carácter proactivo a nivel de prevención de todos los incidentes y las actuaciones dirigidas al equipo de profesionales, es un elemento fundamental para llegar a establecer la cultura de seguridad que tan necesaria es en las instituciones de salud, además es enfermería quien generalmente lidera estas estrategias de seguridad. (51)

Finalmente concluimos, aunque el apoyo de la gestión es un punto importante para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras y las

instituciones estén llamadas a implementar este aspecto importante que le concierne a la organización de salud para alcanzar una adecuada cultura de seguridad, sin embargo; es necesario determinar algunos otros aspectos que estén mediando ya que en nuestra investigación no se encontró relación estadísticamente significativa.

En la tabla 5, Se observa que la mayoría (76%) de enfermeras que presentan un nivel alto en la dimensión procedimientos, políticas y reglas; no cumplen con la adherencia al lavado de manos y otro el 16% de este mismo grupo cumplen con la adherencia al lavado de manos. Además, no hay relación estadística entre las variables por prueba Chi cuadrado $X^2 = 0.414$ con nivel de significancia $p = 0.520$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$).

A diferencia de lo encontrado, Amanda J y Wurmser T (2020), identificaron que todas las dimensiones de la cultura de seguridad con la excepción del apoyo de la gerencia para la seguridad y el ambiente de trabajo no punitivo, fueron positivamente y significativamente asociado con una mayor adherencia a la seguridad del paciente. En particular, se observaron percepciones de un mejor trabajo en equipo dentro de las unidades y transiciones son notadas, lo que sugiere que los factores que apoyan el trabajo diario de las enfermeras y los equipos funcionan juntos son importante a considerarlos. (46)

Asimismo, Barbosa M., Melo J. (2018), en Brasil en su estudio seguridad del paciente: percepción de enfermeras brasileñas. En los resultados se observó que, la menor media observada entre los dominios fue la que relaciona la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital, siendo la media de 53,12 ($S=20,01$). Solamente uno de los seis dominios analizados por el instrumento obtuvo la puntuación encima del mínimo ideal de 75 puntos. (31)

Miller, sostiene que en los aspectos organizativos y de sistemas del trabajo humano en la seguridad del paciente, la organización juega un rol importante que ayude a sostener la búsqueda sistemática y la aplicación de soluciones

transversales y prácticas para la atención del paciente en primera línea, es decir guía el camino para desarrollar una cultura de seguridad evitando errores y daños al paciente ⁽²²⁾. Así pues, la higiene de manos constituye un elemento fundamental pautado y evaluado por la organización misma para la seguridad del paciente.

Por lo tanto, según lo discutido podemos concluir que si bien la dimensión política, procedimientos y reglas que se encuentra inmerso dentro del trabajo de la misma organización es importante, a la luz de los datos encontrados esta dimensión no es un determinante para una buena adherencia a la higiene de manos ya que no presenta relación positiva y significativa, probablemente existan otros factores intervinientes que se deberían evaluar.

En la tabla 6, se observa que el 68% obtienen nivel bajo sobre la percepción de riesgo y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos y el 16% obtienen nivel bajo sobre la percepción de riesgo si cumplen con la adherencia a la higiene de manos. La prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.907$ con nivel de significancia $p = 0.341$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$), no evidencia relación estadística.

Mori N. (2017), desarrolló la investigación Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para evaluar las variables sobre cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. El resultado mostró una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos con un nivel de significancia de 0.05, $R = 0.827$, y $p = 0.035 < 0.05$. (40)

Los resultados encontrados hacen ver que mientras la percepción de riesgo es baja en el profesional de enfermería no cumple con la higiene de manos de manera correcta debido a quizás existan algunos factores que están interviniendo que le impiden ejecutarlo contribuyendo así a la aparición de eventos adversos y complicaciones en el paciente. Según Martin A, Cano J; sostiene que dentro del desarrollo de una cultura de seguridad es importante

implementar un sistema de gestión del riesgo asistencial, que prioriza el desarrollo de sistemas proactivos para detectar problemas antes de que sucedan y permitan desarrollar el trabajo de forma más segura. (18)

Quizás este aspecto aún no se implementa y ejecuta en la institución por ello se evidencia el incumplimiento de la higiene de manos, por lo tanto; es imperante fomentar la percepción del riesgo de las actuaciones sanitarias en el personal de salud y con ello orientarnos al desarrollo de buena cultura de seguridad del paciente (52)

En la tabla 7, Se reconoce que el 44% que obtuvieron nivel bajo sobre el entrenamiento en seguridad, el mayor porcentaje (32%) no cumplen con la adherencia a la higiene de manos y del 40% que presentaron nivel medio en entrenamiento en seguridad el 36% no cumplió con la adherencia a la higiene de manos. Además, no se encontró relación estadística significativa por tener $p = 0.355$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$).

Así, por el contrario; tenemos a Ramirez M., Gonzales A., (2017) en su investigación cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel; encontraron que cerca del 15% refirió percibir un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno. Además, la dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores fue la más sobresaliente y con mayor fortaleza con un 75.3%. Entre las debilidades percibidas, destacan 2 dimensiones: respuesta no punitiva a los errores con 61.7% y dotación de personal con 62%, ambas corresponden al área o rubro de cultura de seguridad en el nivel servicio y la conclusión fue que la tercera parte no habían reportado ningún evento en los últimos años. (32)

La formación puede constituir aquel elemento esencial y facilitador para mejorar la cultura de seguridad y concienciar a todos los profesionales que integran un equipo. Tal es así que la misma OMS y la Comisión Europea, han desarrollado una guía curricular específica, con algunas recomendaciones esenciales, como:

el potenciar la formación en conceptos de seguridad, gestión de riesgo, instrumentos proactivos o reactivos. (18)

Agra Y (2017), también sostiene si bien es cierto los profesionales de enfermería deben mantener su competencia, formarse en seguridad del paciente y factores humanos y aplicar prácticas de efectividad demostrada, no es menos cierto que también se necesita mejorar los sistemas donde los profesionales ejercen su trabajo. ⁽⁵³⁾ Por lo tanto, a la luz de los datos mostrados y discutidos es imprescindible la necesidad de generar un entrenamiento adecuado en los profesionales de salud que ayuden a desarrollar intervenciones seguras mediante el cumplimiento de la higiene de manos.

En la tabla 8, se observa que el 68% obtienen nivel bajo sobre la actitud hacia la seguridad y no cumplen con la adherencia al lavado de manos, el 16% obtienen nivel bajo sobre la actitud hacia la seguridad y cumplen con la adherencia a la higiene de manos, en tanto que el 16% obtienen nivel medio sobre la actitud hacia la seguridad y no cumplen con la adherencia a la higiene de manos. La prueba estadística Chi Cuadrado es $X^2 = 0.907$ con nivel de significancia $p = 0.341$ la cual es mayor al 5% ($p > 0.05$).

En contraste, Hanife D Hülya K (2018), en su estudio que tuvo como objetivo determinar las actitudes de las enfermeras hacia la seguridad del paciente de un departamento de emergencia en Estambul, encontraron un nivel moderado de las actitudes adecuadas hacia la seguridad del paciente y no estaban relacionadas con la edad, el género, el nivel educativo, la experiencia de enfermería, la experiencia, la certificación, la capacitación en seguridad del paciente, la autosuficiencia. percepción de seguridad del paciente, certificación de calidad hospitalaria y certificación de calidad de urgencias. (54)

Asimismo, Miller sostiene que las actitudes de seguridad organizativa son esenciales para apoyar el alto rendimiento humano individual, donde la

organización de salud juega un papel importante en el desarrollo de ella; y aunque para los profesionales de enfermería la sensibilidad hacia la seguridad del paciente ha ido en aumento durante los últimos años, aun encontramos que el nivel actitudinal en el personal de salud frente a la seguridad presenta deficiencias como se evidencia en los resultados. Frente a lo cual la organización tiene un gran reto, el de desarrollar una cultura de seguridad en el personal de enfermería garantizando de esa forma la atención sanitaria con un mínimo de riesgos. (22)

5.2 Contrastación de la hipótesis

La contrastación de hipótesis se realizó mediante pruebas estadísticas de asociación χ^2 de independencia. Al observar el análisis estadístico a partir de la tabla N°3 observamos que se tiene $p > 0.05$ mostrando que no existe relación estadística entre las variables en estudio.

Los criterios de decisión: H_0 se rechazaría si $P \leq \alpha P \leq .05$.; sin embargo, como el nivel de significancia son mayores a 0.05 en todos los cuadros. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0). Es decir, la cultura de seguridad del paciente no se relaciona con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto regional de enfermedades neoplásicas, Trujillo-2020.

VI. CONCLUSIONES

- La cultura de seguridad del paciente es de nivel medio en un 96%%, en las enfermeras de del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- El 84% de las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas no cumplen con la adherencia a la higiene de manos.
- No existe una relación directa y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas con un $X^2 = 0.198$ con nivel de significancia $p = 0.656$ el cual es mayor al 5% ($p > 0.05$).
- La dimensión de Compromiso de la gestión no tiene una relación positiva con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un de $X^2 = 1.898$ y con nivel de significancia $p = 0.387$ siendo esto mayor al 5% ($p > 0.05$).
- La dimensión procedimientos, políticas y reglas no tiene una relación positiva con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un de $X^2 = 0.414$ y con nivel de significancia $p = 0.520$ siendo esto mayor al 5% ($p > 0.05$).
- La dimensión percepción del riesgo no tiene una relación positiva con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un de $X^2 = 0.907$ y con nivel de significancia $p = 0.341$ siendo esto mayor al 5% ($p > 0.05$).
- La dimensión entrenamiento en seguridad no tiene una relación positiva con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un de $X^2 = 2.070$ y con nivel de significancia $p = 0.355$ siendo esto mayor al 5% ($p > 0.05$).
- La dimensión actitud hacia la seguridad no tiene una relación positiva con la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, con un de $X^2 = 0.907$ y con nivel de significancia $p = 0.341$ siendo esto mayor al 5% ($p > 0.05$).

VII. RECOMENDACIONES

- La unidad de calidad de la institución, debe realizar talleres orientados a desarrollar una cultura de seguridad del paciente; asimismo asegurar los procesos que orienten el cumplimiento de la higiene de manos a nivel Institucional involucrando no solo al personal de enfermería sino a todos los profesionales inmersos en la atención directa al paciente.
- Coordinar con recursos humanos y departamento de enfermería la elaboración de programas orientados a la formación de líderes en seguridad del paciente que puedan ayudar al desarrollo de una cultura de seguridad en la institución.
- Coordinar con el servicio de calidad que las rondas de seguridad se ejecuten en forma permanente para supervisar y estimular una mejor adherencia al lavado de manos por parte del personal de enfermería.
- Elaborar nuevas investigaciones sobre cultura de seguridad con la finalidad de determinar la actuación de otras variables o factores intervinientes en el desarrollo de esta.
- Realizar talleres de motivación para desarrollar una actitud adecuada hacia la seguridad del paciente en coordinación con el servicio de calidad y epidemiología. Donde se haga énfasis en los eventos adversos en los pacientes que se presentan a nivel institucional con un abordaje adecuado logrando disminuir la posibilidad de la presencia de estos.
- Implementación de estrategias de educación permanente, como: la elaboración de programas y talleres que potencien la formación en conceptos de seguridad, cultura de seguridad del paciente e higiene de manos; en coordinación directa con el departamento de enfermería de la institución.
- Coordinar con los representantes de la gestión para lograr su compromiso y la elaboración de un plan de trabajo en la que se considere la actividad de higiene de manos como una prioridad y forme parte de la evaluación del desempeño de cada trabajador.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Portela M., Bugarin R., Rodriguez M., Error humano, seguridad del paciente y formación en Medicina. Educación Médica [internet]. 2017 [citado 18 jun 2019]; 20(1): pág. 19-174. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-resumen-error-humano-seguridad-del-paciente-S1575181317301651>
2. OMS. [internet]. La seguridad del paciente. (2019). [citado: 2019 nov 5]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>
3. OPS: Día mundial de la seguridad del paciente. (2019). [cited 2019 nov 5] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15372:world-patient-safety-day-2019&Itemid=39594&lang=es
4. Kohn L., Corrigan J., and Donaldson M.: To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000
5. OMS.IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica hacia una atención hospitalaria más segura”. 2010. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
6. MINSA. Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. Documento Técnico: RM 519-2006/MINSA. 2007. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/calidad/?op=36#Documentos%20y%20Normas>
7. MINSA. Plan Nacional para la Seguridad del paciente. Resolución Ministerial N° 676-2006. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251176-676-2006-minsa>
8. OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en la seguridad del paciente: mayor conocimiento para una atención más segura.2008. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
9. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- Norte. Informe de gestión de calidad.2019. Trujillo: MINSA.

10. The Joint Commission. Hospital: 2020 National Patient Safety Goals. october 4, 2019. Disponible en: https://www.jointcommission.org/hap_2017_npsgs/
11. OMS. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102536/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf;jsessionid=E8BB23485CEC6AEE5D2773289F831C70?sequence=1
12. OMS. Una atención limpia es una atención más segura: Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. 2019. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
13. MINSA. Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos de los establecimientos de salud. Perú. 2016. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/285025-guia-tecnica-para-la-implementacion-del-proceso-de-higiene-de-manos-en-los-establecimientos-de-salud>
14. MINSA. Política nacional de calidad en salud. [internet] 2009. file:///C:/Users/usuario/Downloads/politica_nacional_calidad.pdf
15. Garde M., Askarate B. Manual de medicina Intensiva. 5° edición. Ed. Elsevier. España. 2017
16. Shaner-McRae H, McRae G. Jas V Environmentally safe healthcare agencies: nursing's responsibility, Nightingale's Legacy. Online J Issues Nurs. 2007; 12:1.4.
17. Ann Marriner Tomey – martha raile alligood, Modelos y Teorías de enfermería, 9 ed. Ed. Elsevier Mosby, 2018.
18. Martín A.; Cano J.; Gene J. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 8va ed. Ed. Elsevier. Barcelona España. 2019.
19. Cook G.C., Webb A.J. Reactions from the medical and nursing professions to Nightingale's "reform(s)" of nurse training in the late 19th century. Postgrad Med 2002

20. Reason J.: Human error: Models and management. BMJ. 2000; 320: pp. 768-770
21. Rocco C., Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Los Condes [internet]. 2017 [citado 20 jun 2019]; 28(5): pg 785- 795. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
22. Miller, Ronald D, Cohen N., et al., Anestesia. 8 ed. Ed Elsevier España. 2016
23. Watcher M. Calidad de la asistencia y la seguridad del paciente. Goldman-Cecil. Tratado de medicina Interna. Vol 2. 25 ed. España: Elsevier; 2016.p.44 – 46
24. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. NEngl J Med. 2003; 348:1051-6.
25. Wilson A., Dowd B., and Kralewski J. Patient safety research in medical group practices: Measurement and data challenges. Advances in patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005
26. Montero F. Medicina de observación. Más allá de la primera decisión en urgencias. Ed. Elsevier. España SLU.2020
27. Hernandez, I.; Lumbreras B. Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencia de la salud [internet] 3ºed. España: Ed. Médica Panamericana. 2018 [6 agosto2020]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9788491101741?token=e0d5b169-64e2-45b6-b140-a2df4b24443d#{%22Pagina%22:%22IV%22,%22Vista%22:%22Personalizacion%22,%22Busqueda%22:%22%22%22}>
28. Ministerio de sanidad y consumo. Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. España. 2005.
29. OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos: Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. 2009. Disponible:

https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf

30. Mandell, D., Bennett J. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. 8^o ed. Vol. I. Ed. Elsevier. España. 2020. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490229170003255>
31. Barbosa M., Melo J. et al. seguridad del paciente: percepción de enfermeras brasileñas. Revista cubana de enfermería [internet] 2018 [citado 20 de nov 2019]; 34(4). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561>
32. Ramírez M, Gonzales A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. Enfermería universitaria [internet]. 2017 [citado 20 nov 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000200111&script=sci_abstract&tlng=pt
33. Villegas O, Gómez J, Uriel J, Nelson R, Villa J, Botero J, García N. Medición de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. Revista internacional de Ciencias de la Salud. 2017. 14(2). p 169-178 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5985528>
34. Alvarez D, Gonzalez J. Seguridad del paciente, su percepción por el personal de enfermería en un hospital materno-infantil. Revista Información Científica [Internet]. 2022 jul [cited 2022 Nov 4];101(4):1–11. Available from: <https://ebSCO.upao.elogim.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=159856511&lang=es&site=ehost-live>
35. Campelo C, Nunes F, Silva L, Guimarães L, Sousa S, Paiva S. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. Revista da Escola de Enfermagem da U S P [Internet]. 2021 Jul 16 [cited 2022 Nov 4];55: e03754. Available from: <https://ebSCO.upao.elogim.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=34287484&lang=es&site=ehost-live>.
36. Ambrósio A, Correa T, de Souza L, Mendes M. Cultura De Segurança: Avaliação Dos Colaboradores Frente Às Unidades Críticas. Revista Científica de Enfermagem - RECIEN [Internet]. 2021 Sep [cited 2022 Nov

- 4];11(35):71–80. Available from:
<https://ebSCO.upao.elogim.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=154409478&lang=es&site=ehost-live>
37. Quispe Y. (2020) Cultura de seguridad del paciente y calidad asistencial: revisión sistemática. Tesis para obtener grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la salud.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/55009>
38. Quispe M. Factores personales e institucionales que influyen en la práctica del lavado de manos clínico, en enfermeras del servicio de emergencia, Hospital María Auxiliadora. [Licenciatura]. Perú. Universidad Inca Garcilazo de la Vega, 2019.
Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4309>
39. Condor D. Conocimiento y adherencia de la técnica del lavado de manos de las enfermeras en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Sergio E. Bernales, [licenciatura]. Perú. Universidad Nacional Federico Villarreal.2018. Disponible en:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3458?locale-attribute=en>
40. Mori N. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte [tesis para optar el grado de maestra en gestión de los servicios de salud]. Lima: Universidad Cesar Vallejos 2017. Disponible en:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12905>
41. Zavala A. Cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. [master]. Universidad cesar vallejo; 2019. Disponible en:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/37955>
42. Mahajan RP. Safety culture in Anesthesiology. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011; 58 (Supl 3): S10–4.
43. Instituto Regional de enfermedades neoplásicas. Guía de lavado de manos clínico y quirúrgico.2012 Disponible en;

<http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/GUIA-LAVADO-MANO-CLINICO-Y-QUIRURGICO-FINAL-ABV.pdf>

44. Polit, D. y Hungler, B. (2000). Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5ª Ed. México: McGraw-Hill.
45. Sgreccia, E. Ciencia, Ética y Enfermería. [Consultado el 18. De enero del 2019]. Disponible en: <http://www.observatoriobioetica.com/informes/personalista>
46. Amanda J Wurmser T, 2020 Relationship among safety culture, nursing care, and Standard Precautions adherence. American Journal of Infection Control 48 (2020) 340–341)
47. Amaya R (2020) Conocimiento y cumplimiento de higiene de manos en el personal de salud: revisión sistemática. Tesis para optar grado de maestría. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57264>
48. Handiyani H, Ikegawa I, Tutik R, Hariyati S, Ito M y Amirulloh F. The determinant factor of nurse's hand hygiene adherence in Indonesia. Enfermería Clínica, 2019-09-01, Volumen 29, Páginas 257-261, Copyright © 2019 Elsevier España, S.L.U.
49. Mostafa Mostafazadeh Bora MSc y Amin Zarghami MD The association between hand hygiene compliance and glove use: Still unknown?. AJIC: American Journal of Infection Control, 2018-01-01, Volumen 46, Número 1, Páginas 118-118. 2018 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.
50. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control 2007;35(10 Suppl 2):65-164)
51. Valle Coronado-Vázquez Ana García-López Susana López-Sauras José María Turón Alcaine Implicación de las enfermeras en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en Atención Primaria. Enfermería Clínica. Volume 27, Issue 4, July–August 2017, Pages 246-250
52. Farreras Rozman. Medicina Interna. 19 ed. Ed. Elsevier España. 2020

53. Agra Y. Seguridad del paciente en el pasado, presente y futuro de las organizaciones sanitarias. Un desafío para las enfermeras. *Enfermería Clínica*. 2017;27(4):211---213.
54. Hanife Durgun y Hülya Kaya. The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International Emergency Nursing*, Volumen 40, Páginas 29-32, Ed. Elsevier. 2018
55. Fernández I, García R., Vázquez M., Comité asesor del programa de seguridad de proyecto Zero. Higiene de manos y pandemia. Controversias. *Enfermería Intensiva*. Vol. 33, Suplemento 1, septiembre de 2022, páginas S40-S44 (2022). España. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239922000748?via%3Dihub>

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1: Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autor: Zavala A. (2019)

La encuesta está orientada a recoger la percepción de las enfermeras de los servicios de emergencia y cuidados intensivos sobre temas de seguridad del paciente en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones: Le solicitamos marcar de acuerdo a su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente. El tiempo aproximado del llenado del cuestionario es de 5 minutos. Además mantendremos en cuenta los principios de anonimato y confidencialidad.

I.- Información:

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este centro? Marque una sola opción.

- Emergencias ()
- Unidad de cuidados intensivos ()

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

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

Dimensión: Compromiso de la Gestión	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1. La institución se preocupa por la seguridad del paciente.					
2. La institución siempre provee de los insumos para la higiene de manos.					
3. La institución cuenta con mensajes que nos recuerdan la importancia de la higiene de manos.					
4. En los servicios existen lavatorios y dispensadores que facilitan la higiene de manos					



4. Los servicios cuenta con soluciones con base de alcohol para la higiene de las manos.					
Dimensión: Procedimientos, políticas y reglas.					
6. La institución difunde la guía sobre higiene de manos.					
7. Conozco todos los momentos de la higiene de manos establecidos en la guía.					
8. Tengo clara las normas de lavado de las manos.					
9. Conozco la técnica de higiene de manos que esta mencionada en la guía.					
10. Conozco la importancia de higiene de manos establecido en la norma.					
11. Conozco los insumos adecuados para la higiene de manos según norma.					
Dimensión: Percepción de riesgo					
12. Siento que la higiene de mano es esencial para la seguridad del paciente.					
13. Siento que el área donde trabajo es muy contaminada.					
14. Siento que mi salud, puede estar en peligro sino realizo la higiene de manos.					
15. A veces siento que no es necesario lavarme las manos, ya que todos los pacientes no están expuestos a infecciones.					
16. A veces siento no tener tiempo para lavarme las manos, lo más importante es atender a los pacientes.					
17. No interrumpo mi atención durante la higiene de mis manos.					
18. La eficacia del lavado de manos en la prevención de infecciones, es bajo.					
19. Entre los aspectos relacionadas con la seguridad de los pacientes, la higiene de manos tiene una prioridad baja					
20. Para los pacientes no es importante si me lavo las manos.					

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

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS

MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL LAVADO E HIGIENIZACIÓN DE MANOS											FECHA:				
OBSERVADOR :				SERVICIO:			SALA:		INICIO:		TÉRMINO				
GRUPO OCUP.				GRUPO OCUP.				GRUPO OCUP.				GRUPO OCUP.			
CÓDIGO				CÓDIGO				CÓDIGO				CÓDIGO			
OPORTUNIDAD	MOMENTOS L.M.	ACCIÓN		OPORTUNIDAD	MOMENTOS L.M.	ACCIÓN		OPORTUNIDAD	MOMENTOS L.M.	ACCIÓN		OPORTUNIDAD	MOMENTOS L.M.	ACCIÓN	
1	ANT. PAC.		F.M	2	ANT. PAC.		F.M	3	ANT. PAC.		F.M	4	ANT. PAC.		F.M
	ANT. ASEPT.		LM.		ANT. ASEPT.		LM.		ANT. ASEPT.		LM.		ANT. ASEPT.		LM.
	DES. FC.				DES. FC.				DES. FC.				DES. FC.		
	DESP. PAC.	<input type="radio"/>	OMISIÓN		DESP. PAC.	<input type="radio"/>	OMISIÓN		DESP. PAC.	<input type="radio"/>	OMISIÓN		DESP. PAC.	<input type="radio"/>	OMISIÓN
DESP. ENT. PAC.	<input type="radio"/>	GUANTES	DESP. ENT. PAC.	<input type="radio"/>	GUANTES	DESP. ENT. PAC.	<input type="radio"/>	GUANTES	DESP. ENT. PAC.	<input type="radio"/>	GUANTES	DESP. ENT. PAC.	<input type="radio"/>	GUANTES	

5 MOMENTOS - HIGIENE DE MANOS
ANT. PAC.: Antes del contacto con el paciente.
ANT. ASEPT.: Antes de un procedimiento limpio / aséptico.
DES. FC.: Después del riesgo de exposición a fluidos corporales
DESP. PAC.: Después de tocar al paciente.
DESP. ENT. PAC. : Después del contacto con el entorno del paciente

ACCIÓN DE HIGIENE DE MANOS
FM: Fricción de las manos con un preparado de base.
LM: Lavado de manos con agua y jabón.

N°	CÓDIGO	GRUPO OCUPACIONAL
1	M.A.	Médico Asistente
2	M.R.	Médico Residente
3	E.	Enfermera
4	T.E.	Técnico en Enfermería
5	P.L.	Personal de Limpieza
6	FAM	Familiar y/o acompañante
7	T.L.	Tecnólogo de Laboratorio
8	T.R.x.	Tecnólogo de Rayos X

El círculo significa que sólo se aplica un ítem a la oportunidad y se refiere a las acciones de higiene de manos negativas (no acción) así como a la información del uso de los guantes, si ésta se recoge.

ANEXO N° 3: FORMULARIO DE OBSERVACION – CALCULO DE CUMPLIMIENTO BASICO

	Centro:						Periodo:			Ubicación:					
	Categoría profesional			Categoría profesional			Categoría profesional			Categoría profesional			Total por sesión		
N° sesión	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM(n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															
Cálculo	Acc (n) =			Acc (n) =											
	Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =		
Cumplimiento															

$$\text{Cumplimiento (\%)} = \frac{\text{Acciones}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

ANEXO N° 04: Prueba piloto del análisis estadístico de confiabilidad para el instrumento que evalúa la cultura de seguridad del paciente.

Muestra piloto	Compromiso de la Gestión					Procedimientos, políticas y reglas						Percepción de riesgo								Entrenamiento en seguridad							Actitud hacia la seguridad								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	5	4	5	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	3	2	1	1	4	3	2	2	2	1	3	1	2	5	3	1	1	2	2
2	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	1	1	5	1	1	1	4	4	4	4	2	3	3	5	4	4	3	3	1	3	5
3	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	1	1	5	5	5	5	3	3	3	3	3	5	1	3	1	1	5
4	3	3	3	3	3	5	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	2	3	5	4	3	4	2	2	2	3	2	3	2	3	4	3	3	3	2
5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	2	1	4	4
6	2	4	5	5	3	4	5	5	5	5	5	4	4	4	1	1	1	1	5	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	1	3	1	1	5
7	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	3	4	4	4	5	3	5	4	4	3	4	5
8	4	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	1	1	1	2	3	4	4	5	4	3	3	5	3	4	4	1	1	2	5
9	4	4	3	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	4	1	3	3	1	1	4	3	2	3	4	4	3	3	5	4	2	1	3	1	3	5
10	4	4	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	4	4	3	2	2	1	1	3	3	4	4	4	3	3	3	5	3	3	2	3	2	3	5
11	4	5	5	5	4	4	3	5	5	4	4	5	3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	1	3	5
12	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	2	1	1	2	1	1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	2	4	2	2	2	3	3
13	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	5	3	3	2	3	1	3	3
14	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	1	4	2	1	4	5	4	4	3	4	3	5	1	5	1	2	1	1	5
15	4	5	3	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	2	1	1	5	3	3	3	3	2	2	3	5	3	4	5	5	5	4	4

Fuente: Muestra Piloto.

Prueba de Confiabilidad del Instrumento que evalúa la Cultura de Seguridad del paciente “α” Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

α: Coeficiente de Confiabilidad

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítem

S_t^2 : Varianza del total de ítems

∑: Sumatoria

Cálculo de los datos:

$$K = 35$$

$$\sum S_i^2 = 32.924$$

$$S_t^2 = 184.524$$

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{35}{35-1} \times \left(1 - \frac{32.924}{184.524} \right) = 0.846 > 0.70 \Rightarrow \text{Confiable}$$

CONFIABILIDAD TOTAL:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de Elementos
0,846	35

Salida SPSS versión 26.0

Confiabilidad según ítems en instrumento de Cultura de seguridad

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem1	116,0000	185,143	-,058	,851
Ítem2	115,3333	175,381	,536	,839
Ítem3	115,5333	175,410	,341	,842
Ítem4	115,8667	174,838	,323	,842
Ítem5	115,9333	172,638	,434	,839
Ítem6	115,7333	173,924	,421	,840
Ítem7	115,0000	177,143	,426	,841
Ítem8	115,0000	172,857	,586	,837
Ítem9	114,9333	176,352	,496	,840
Ítem10	114,9333	177,352	,571	,840
Ítem11	114,9333	177,781	,404	,842
Ítem12	115,0000	174,286	,508	,839
Ítem13	115,2000	175,886	,410	,841
Ítem14	115,3333	169,810	,541	,836
Ítem15	118,0667	175,210	,320	,842
Ítem16	117,7333	174,924	,312	,843
Ítem17	117,4000	179,114	,130	,849
Ítem18	117,6667	165,667	,426	,840
Ítem19	117,8667	178,410	,094	,854
Ítem20	117,3333	173,667	,230	,847
Ítem21	116,2667	176,352	,390	,841
Ítem22	116,0667	167,210	,641	,833
Ítem23	116,4000	168,543	,662	,834
Ítem24	116,3333	172,381	,402	,840
Ítem25	116,7333	177,210	,314	,843
Ítem26	116,6667	176,810	,355	,842
Ítem27	116,7333	176,352	,655	,839
Ítem28	115,5333	170,695	,400	,840
Ítem29	116,8667	180,124	,183	,845
Ítem30	115,8667	174,695	,359	,841
Ítem31	117,0000	176,286	,180	,848
Ítem32	116,9333	173,781	,355	,841
Ítem33	118,0000	177,571	,178	,847

Ítem34	117,0000	181,714	,061	,850
Ítem35	115,4667	166,695	,558	,835

Salida SPSS versión 26.0

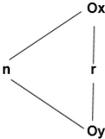
ANEXO N° 5: Matriz y operacionalización de variables

TITULO: “Cultura de seguridad del paciente y adherencia a la higiene de manos en enfermeras del instituto regional de enfermedades neoplásicas, 2020”

AUTOR(ES): Lic. Lescano Mendoza Gina Catterine.

Lic. Lescano Mendoza María Cecilia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES
<p><u>GENERAL</u></p> <p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020?</p>	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la adherencia a la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2020.</p> <p><u>ESPECIFICOS</u></p> <p>OB1. Identificar la cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.</p> <p>OB2. Identificar el nivel de adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.</p> <p>OB3. Identificar la cultura de seguridad en su dimensión compromiso de gestión y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.</p> <p>OB4. Identificar la cultura de seguridad en su dimensión políticas y reglas y su relación con el nivel de la adherencia a</p>	<p>HIPOTESIS ALTERNA</p> <p>La cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con la adherencia de la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.</p> <p>HIPOTESIS NULA</p> <p>La cultura de seguridad del paciente no se relaciona significativamente con la adherencia de la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Cultura de seguridad del paciente</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Adherencia a la higiene de manos</p>

	<p>la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo- 2020.</p> <p>OB5. Identificar la cultura de seguridad en su dimensión percepción de riesgos con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo - 2020.</p> <p>OB6. Identificar la cultura de seguridad en su dimensión entrenamiento en seguridad y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo-2020.</p> <p>OB7. Identificar la cultura de seguridad en su dimensión actitud hacia la seguridad y su relación con el nivel de la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo-2020.</p>		
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO: Aplicada</p> <p>DISEÑO: No experimental, transversal, correlacional.</p> 	<p>POBLACIÓN: Conformado por un total de 25 enfermeros que corresponde al 100% de enfermeras que trabajan en los servicios de emergencias y cuidados críticos del Instituto regional de enfermedades neoplásicas.</p> <p>TIPO DE MUESTRA:</p> <p>No probabilística por conveniencia.</p>	<p>Variable 1: cultura de seguridad del paciente</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario de cultura de seguridad del paciente con 5 dimensiones, del tipo Likert de 5 puntos está compuesta por un total de 35 ítems orientados a evaluar compromiso de gestión, procedimientos, política y reglas de seguridad,</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso del Programa SPSS-26 - Hoja de cálculo Excel. <p>INFERENCIAL:</p>

<p>Dónde:</p> <p>n: universo muestral</p> <p>Ox → Cultura de seguridad.</p> <p>Oy → Adherencia al lavado de manos.</p> <p>r → Relación entre ambas variables.</p> <p>MÉTODO: Hipotético - deductivo</p>	<p>TAMAÑO DE MUESTRA:</p> <p>25 enfermeros que corresponde al 100% de enfermeras que trabajan en los servicios de emergencias y cuidados críticos del Instituto regional de enfermedades neoplásicas.</p>	<p>entrenamiento de seguridad, percepción de riesgo y actitud hacia la seguridad.</p> <p>Autores: Zavala A - 2019</p> <p>Variable 2: Adherencia a la higiene de manos</p> <p>Técnicas: Observación</p> <p>Instrumento: Formulario de Observación</p> <p>Autor: MINSA- Perú, 2016</p>	<p>- Pruebas estadísticas de asociación χ^2 de independencia.</p>
--	--	---	---

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	ÍNDICE (Ítems)	Escala
Adherencia a la higiene de manos	<p>Se midió la adherencia a la higiene de manos a través del formulario de observación del MINSA, que evalúa los 5 momentos para la higiene de manos.</p> <p>Los resultados fueron</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antes del contacto con el paciente. • Antes de un procedimiento limpio/aséptico 	<p>Cumple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando realiza acciones correctas con un porcentaje mayor al 80% como el frotado con antiséptico o lavado de manos con agua y jabón normal o antimicrobiano frente a una indicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acción de higiene de manos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos con agua y jabón. 2. Fricción de manos con preparado de base alcohólica 	ordinal

	<p>operativizados de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumple. • No cumple. 	<ul style="list-style-type: none"> • Después del riesgo de exposición de fluidos corporales. • Después del contacto con el paciente • Después del contacto con el entorno 	<p>• No cumple:</p> <p>Cuando realiza acciones correctas con un porcentaje menor del 80% es decir omite realizar la acción como el frotado con antiséptico o lavado de manos con agua y jabón normal o antimicrobiano frente a una indicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omisión de la higiene de manos. • Uso de guantes 	
--	---	--	---	---	--

Variable Independiente	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	ÍNDICE (Ítems)	Escala
<p>Cultura de seguridad del paciente</p>	<p>Se midió mediante la encuesta de “cultura de seguridad del paciente en higiene de manos”, en la que se evaluará las 5 dimensiones. Los resultados fueron operativizados de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel bajo. • Nivel medio • Nivel alto 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de gestión. • Procedimientos, Políticas y Reglas de seguridad. • Entrenamiento en Seguridad. • Percepción del Riesgo. • Actitud hacia la seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Bajo: 34 – 78 puntos. • Nivel Medio: 79 -125 puntos. • Nivel Alto: 126 – 170 puntos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La dimensión compromiso de gestión: Será evaluada mediante las preguntas (1, 2, 3, 4, 5); con los rangos de Bajo: 5 - 11 Medio: 12 - 18 y Alto: 19 – 25. • La dimensión de procedimientos, políticas y reglas de seguridad: Será evaluada con las preguntas (6, 7, 8, 9, 10, 11); con los rangos de Bajo: 6 -13, Medio: 14– 22, Alto: 23 – 30. • La dimensión de entrenamiento en seguridad: Será evaluada mediante de las preguntas (20, 21, 22, 23, 24, 25); con un rango establecido de Bajo: 6 -13, Medio: 14-22, Alto: 23-30. 	<p>Ordinal</p>

				<ul style="list-style-type: none">• La dimensión de Percepción del Riesgo: Será evaluado en las preguntas (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), cuyos rangos establecidos son Bajo: 9-20, Medio: 21-33, Alto: 34-45.• La dimensión de Actitud hacia la seguridad: Se evaluará a través de las preguntas (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33), cuyos rangos establecidos son Bajo: 8 – 18, Medio: 19- 29, Alto: 30 -40.	
--	--	--	--	---	--