



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de Posgrado

“Tesis”

Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima. 2019

**Para optar el grado académico de
Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en
Gerencia de los Cuidados de Enfermería**

Autor:

ALEXANDER ABEL QUISPE CASANOVA

2020

Lima – Perú

Tesis

Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima

Línea de investigación

Salud, enfermedad y ambiente.

Sistema de Salud

Asesor(a)

Mg. Guillermo Alejandro Raffo Ibarra

Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima

**Asesor:
Mg. Guillermo Alejandro Raffo Ibarra.**

Dedicatoria:

Dedico este trabajo principalmente a Dios y a mi madre Manuela Casanova, por haberme convertido en la persona que soy en la actualidad, mis logros te los debo a ti y este es uno de ellos, fuiste una madre amorosa y respetable y aunque no te tengo físicamente siempre te llevo en mis pensamientos y mi corazón.

Agradecimiento:

A mamá de Sami, no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda, apoyo y amor.

ÍNDICE	pág.
Resumen	i
Abstract	ii
INTRODUCCIÓN	iii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación del Problema.	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación.	4
1.3.1 Objetivo General:	4
1.3.2. Objetivos Específicos:	4
1.4. Justificación	4
1.5 Limitaciones de la investigación.	6
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación.	7
2.2. Bases legales.	16
2.2.1. Normas nacionales	16
2.2.2. Normas internacionales	17
2.3. Bases Teóricas.	17
2.4. Formulación de hipótesis.	25
2.4.1. Hipótesis general	25
2.4.3. Hipótesis Nula:	¡Error! Marcador no definido.
2.5. Operacionalización de variables e indicadores.	26
2.6. Definición de Términos Básicos.	30
CAPITULO III: METODOLOGÍA	31
3.1. Tipo y nivel de la investigación.	31
3.2. Diseño de la investigación.	31
3.3. Población y muestra de la investigación.	32
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	33
3.4.2. Validación y confiabilidad de instrumentos	34
3.5. Técnicas para el procesamiento de datos.	36
3.6. Aspectos Éticos	36

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	38
4.1. Procesamiento de datos: Resultados.	38
4.2. Prueba de hipótesis.	44
4.2.1. Hipótesis Nula:.....	44
4.2.2. Hipótesis Alternativa:.....	44
4.2.3. Resultado de la prueba de Hipótesis:	44
4.3. Discusión de resultados.	45
5.1. Conclusiones.....	49
5.2. Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO 1. Matriz De Consistencia de la Tesis.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 2. Instrumento 1.....	63
ANEXO 3. Instrumento 2.....	67
ANEXO 4. Validez del Instrumento.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 5. Formato de consentimiento informado	78
ANEXO 6. Carta de aprobación de la Institución para la recolección de los datos.	79
ANEXO 7. Gráficos	80
ANEXO 8. Revisión de expertos	83
ANEXO 9. Muestra de respuesta de instrumentos 1 y 2.....	98
ANEXO 10. Evidencia de realización de encuestas	105

Resumen

Trabajo de investigación, titulado “Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima, 2019.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica divino niño Jesús.

Material y Método:

Por el tipo de investigación, el actual trabajo es de tipo básica, descriptivo, cuantitativo, prospectivo, trasversal. La población, es 60 personales de salud.

En la variable actitudes el instrumento, será un cuestionario tipo Escala de Likert. Contienen 28 ítems. La variable conocimiento se usará el cuestionario con 10 ítems, estructuradas en 5 alternativas.

Resultados: Se rechaza la hipótesis nula, teniendo una $p=003$. La hipótesis general se cumple, existe relación entre conocimientos y las actitudes sobre eventos en la cultura de seguridad del paciente, ya que el valor es, $X^2=11,429^a$; g.l.= 2; por lo que se rechaza la independencia entre las variables de investigación, se confirma la relación entre las variables, siendo esta relación positiva y significativa según el estadístico V de Cramer = 0,436.

Conclusiones:

Con el presente trabajo se determinó que existe relación entre los conocimientos y las actitudes sobre eventos adversos, en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la clínica divino niño Jesús, ya que, al tener más conocimientos, van a tener una mejor actitud.

Palabras claves: conocimientos, actitudes, eventos adversos, cultura de seguridad.

Abstract

Research work, entitled "Knowledge and attitudes about adverse events in the culture of patient safety of health personnel of the Divino Niño Jesús Clinic. Lima, 2019.

Objective: To determine the relationship between knowledge and attitudes about adverse events in the patient safety culture of the health staff of the Divine Child Jesus Clinic.

Material and method:

Due to the type of research, the current work is basic, descriptive, quantitative, prospective, transverse. The population is 60 health personnel.

In the variable attitudes the instrument will be a Likert Scale type questionnaire. They contain 28 items. The knowledge variable will use the questionnaire with 10 items, structured in 5 alternatives.

Results: The null hypothesis is rejected, having a $p = 0.003$. The general hypothesis is fulfilled, there is a relationship between knowledge and attitudes about events in the patient's safety culture, since the value is, $\chi^2 = 11,429$; $g.l. = 2$; reason why independence between the research variables is rejected, the relationship between the variables is confirmed, being this positive and significant relationship according to Cramer's V statistic = 0.436.

Conclusions:

With the present work it was determined that there is no relationship between knowledge and attitudes about adverse events, in the culture of patient safety of the health staff of the divine clinic Jesus child, since, not to have more knowledge, they will have a better attitude.

Keywords: knowledge, attitudes, adverse events, safety culture.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) mediante estudios considera y refiere que a nivel internacional, anualmente decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o fallecen como secuela de procedimientos médicos y/o enfermería o una atención incapaz e insegura; de 10 pacientes, uno sufre algún tipo de damnificación al llevarse a cabo alguna atención sanitaria en clínicas y centros de salud perfectamente financiados y tecnológicamente adelantados, por ende, en países en vías de desarrollo las estadísticas son mayores, los pacientes están expuestos a sufrir eventos adversos (EA) por el personal de salud; ahí radica el valor de saber que daño podríamos causar nosotros como personal de salud con una mala intención o un mal procedimiento.

Como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de Salud en el 2002, el encanto por la seguridad del enfermo surge a partir del registro de la ocurrencia de eventos adversos que impactan de manera negativa en la eficacia de la atención sanitaria médica y/o de enfermería, además se manifestó el elevado precio de eventos en términos materiales y de conformidad para los servicios médicos que implica el cuidado de la salud, y más notable todavía, como concluyente de cuidado y mantenimientos de comodidad del enfermo.

La seguridad en la atención del paciente es un pilar fundamental y factor clave en la gestión de la calidad. Mejorar es un trabajo complejo donde todo el sistema de salud debe intervenir con medidas relativas al avance del ejercicio, la libertad del hábitat y la comisión del riesgo, incluidos la disputa hacia las heridas e infecciones, el manejo inofensivo de fármacos y algunos ítems de droguería, la seguridad del conjunto, las experiencias clínicas inexpugnables y un hábitat de cuidados saludable.

Es indispensable identificar los EA para obtener calidad de atención y es obligación de todo elemento del conjunto de salud, no descuidarse de su cumplimiento.

De la misma manera, dicho compromiso no únicamente está obligado de ceñirse a ver la parte de los eventos, además debe favorecer al discernimiento, desarrollando nuevas investigaciones alrededor del argumento. Por lo antes mencionado, es primordial la confección de posteriores investigaciones, que posibiliten perfeccionar la investigación y que apoyen, esencialmente a optimizar los cuidados que todos los días se entregan a los enfermos.

Por su parte, Venzin, et al. (2) estudian la esencia del saber según un terceto de epistemologías: la cognitiva, la conexionista y la constructiva. De tal forma, la epistemología cognitiva considera la identificación, recogida y transmisión de la investigación como la esencial acción de perfeccionamiento del conocimiento.

También, epistemología cognitiva tiene a la caracterización, recogida y propagación de la investigación como una de las principales actividades en el avance del conocimiento. El saber de la seguridad del paciente, tiene más importancia en que el personal de salud merme las probabilidades de hacer errores y así prevenir los EA.

El Ministerio de Salud conceptualiza la actitud como: “El estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones y se dimensionan en conocimientos, afectos y procedimientos” (3)

La ausencia de conocimiento relacionado a la negligencia puede causar en el personal comprometido, emociones de apocamiento, error y miedo, pues tenemos solo la cultura de buscar culpables y no buscamos soluciones o prevenimos errores, aún evidente en algunos establecimientos, sumando a esconder tales problemas. Es de suma importancia que la parte gerencial de las instituciones de salud, tengan claro que muchos EA, son por culpa del sistema de salud y no simplemente por desidia e incapacidad profesional. Ante ello, es necesario conocer las debilidades del sistema y tomar medidas preventivas antes que buscar culpables.

Este trabajo de investigación se basó bastante en publicaciones científicas relacionadas a eventos adversos en la parte asistencial, también en la cultura de seguridad del paciente, quien siempre es nuestro principal objetivo. (4).

Como toda institución la clínica, cuenta con un Cuaderno de Reclamos donde muchas veces el paciente expone su malestar y es ahí donde el personal administrativo (gestión de calidad) se entera de algún evento adverso que nunca fue reportado por el personal de salud en algún turno. Ante ello la administración ha brindado una sola capacitación por el mismo personal de la DISA, para que informen y/o capaciten sobre la importancia de reportar un evento adverso; pese a ello, personal pareciera mostrarse indiferente y no llenan la ficha de notificación de evento adverso.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La OMS estima que, a nivel internacional, en un año millares de enfermos sufren daños invalidantes o fallecen a resultado de falta preparación médica o cuidados inseguros por parte de enfermería. Se estima que el riesgo de morir en un viaje en avión es de 1/3 000 000, mientras que por un accidente médico prevenible es de 1/300. En el estudio IBEAS, la prevalencia de eventos adversos en los hospitales de Latinoamérica es de un 13,27%.

Anualmente las inyecciones que son colocadas con pocas medidas de seguridad ocasionan 1,3 millones de muertes y se contagia por acceso sanguíneo virus como los de la hepatitis C y B y el VIH, según la OMS (1). Otros factores que están relacionados al cuidado, son mal reconocimiento del enfermo, historias clínicas inconclusas, amenaza en los procedimientos, mínimas normas de bioprotección, déficit de guías clínicas, malos juicios clínicos, cansancio, apuro al momento de fomentar las labores, carencia de percepción de peligros. También hay elementos

relacionados al enfermo como, por ejemplo, alguna alergia a fármacos o material biomédico, negativa a cooperar en su atención y colaboración.

La seguridad de los pacientes, se considera como el lugar que garantiza una protección a favor del paciente ante la ocurrencia de un hecho fortuito de tener una protección en los hospitales ante algún accidente, es un tema controversial en estas últimas décadas, más aún posterior de la edición del informe estadounidense “Errar es Humano” de Linda Kohn, Janet Corrigan, y Molla Donaldson publicada en el año 1999 (5).

En la clínica Divino niño Jesús, a pesar de la gran afluencia de pacientes, exagerando se reporta 02 eventos adversos mensualmente a la DISA Sur del MINSA, por intermedio de la Oficina de Calidad que, probablemente no concuerda con la realidad del establecimiento por la gran demanda de pacientes que existen y donde lo que más buscamos es brindar la mejor seguridad de calidad a nuestros usuarios. Esto nos conlleva a pensar ¿en qué estamos fallando, de repente la gran demanda de pacientes y el poco personal que hay por servicio o la falta de capacitación y seguimiento respecto al reporte de eventos adversos. Del mismo modo hay fallas en el proceso como diseño, organización impropia, pues tampoco contamos con un comité o no somos muy exigentes en ese aspecto. (45) Cabe resaltar que nosotros como clínica no hacemos una debida capacitación a los trabajadores desde que inician sus labores en la clínica.

Como toda institución, cuenta con Cuaderno de Reclamos donde muchas veces el paciente expone su malestar y es ahí donde el personal administrativo (gestión de calidad) se entera de algún evento adverso que nunca fue reportado por el personal de salud en algún turno. Ante ello la administración ha brindado una sola capacitación por el mismo el personal de la DISA, para que informen y/o capaciten sobre la importancia de reportar un evento adverso; pese a ello, el personal pareciera mostrarse indiferente y no llenan la ficha de notificación de evento adverso.

1.2. Formulación del Problema.

1.2.1. Problema General

¿Qué relación existe entre conocimiento y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la clínica Divino Niño Jesús, 2019?

1.2.2. Problemas específicos

En este contexto emergen interrogantes como:

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente?

¿Cuál es nivel de actitud del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente?

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente?

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre medidas de prevención de eventos adversos en el paciente?

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud la notificación de los eventos adversos en el paciente?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la CDNJ.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre las medidas de prevención de eventos adversos.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre la notificación de eventos adversos.
- Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente.
- Determinar la actitud del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente.

1.4. Justificación

Sensibilizar y dar formación a profesionales es importante para que adquieran una conciencia de seguridad. Por este motivo pretendemos con este estudio, centrado exclusivamente en los profesionales de salud, conocer las actuaciones de los mismos dirigidas a una práctica segura y hacer que reflexionen sobre las mejoras que se podrían llevar a cabo. Sabiendo que la seguridad del paciente se ha convertido en un elemento clave de la calidad asistencial.

Los eventos adversos derivados de la prestación de la atención representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, además del elevado impacto económico y social de los mismos. Debemos saber que en la práctica clínica no existe el riesgo cero. La máxima seguridad del paciente se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los evitables y la prevención y protección de aquellos que hay que aceptar de forma ineludible, puesto que seguridad no es igual a ausencia de riesgo. El mayor desafío para progresar hacia un sistema más seguro, son las actitudes. Está cambiando la cultura de empapelar a las personas por los errores, por otra, en la que los errores son tratados no como fracasos personales, sino como oportunidades para perfeccionar el sistema y prevenir los eventos adversos. Para conseguirlo debemos contar con un miembro incuestionable que es el propio paciente y convertirlo en un miembro más del equipo que le atiende.

Los eventos adversos aumentan la morbimortalidad de los pacientes, generan mayores tiempos de estancia hospitalaria, más costos, suspicacia, stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce y deterioración del progreso profesional, esto altera los aspectos técnico científicos, humanos éticos bajo los cuales se desarrolla el ejercicio profesional y se precisa un servicio, es así que la seguridad de los pacientes es un deber y una responsabilidad primordial y un indicador de calidad ante los que el personal de salud no puede ser extraño, por ejercer directamente responsabilidad sobre las personas con problemas de salud reales o potenciales tanto más para aquellos profesionales especialistas, pues su formación debe perseguir mejores prácticas, resultados y condiciones. Es necesaria la habilidad e inteligencia por parte de los gestores de las instituciones de salud, de que los eventos adversos están, muchas veces, verdaderamente conectados con las fallas en el sistema, y no simplemente a la desidia o torpeza profesional.

En la CDNJ, trabaja un equipo interdisciplinario quienes interviene de forma activa y firme en el binomio salud – enfermedad, brindando cuidado; sin embargo la práctica de la tecnología, el recurso humano y el conocimiento puede no únicamente gestionar beneficio sino que de manera no intencionada puede causar lesión y daño, lo que en la actualidad se denomina evento adverso y se relaciona con condiciones de salud extremas que exigen toma de decisiones y acciones rápidas, sin posibilidad de consulta o consentimiento, uso de medidas invasivas y poli farmacoterapia, en conjunto con políticas y sistemas donde los recursos y las condiciones laborales, afectan el desempeño laboral y la seguridad de las personas objeto de cuidado.

Para lograr los objetivos de estudio se acude al empleo de técnicas de investigación, en la variable conocimiento usamos un cuestionario de autoría propia y en la variable actitudes usamos un cuestionario de escala tipo lickert, con ellos se pretende conocer el grado de relación que existen entre dichas variables. En ese sentido, este estudio tuvo por objetivo unificar las difusiones científicas referente a EA conectados con las preparaciones asistenciales y debatir la cultura de seguridad del paciente.

1.5 Limitaciones de la investigación.

- El tamaño de la muestra, solo son 60 personales de salud que serán evaluados y es difícil poder tomar los datos para estudios en otras instituciones con más trabajadores.
- El cuestionario de conocimientos, solo conto con 10 preguntas, lo que no permitió ahondar en el tema.
- El acceso al personal de salud, pues vienen en turnos rotativos y por ejemplo en el caso de enfermería, hay un solo licenciado y técnico por turno.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Internacionales

Astargo (2016) “*Detección Eventos Adversos en pacientes adultos egresados de una Unidad de Paciente Crítico utilizando una herramienta de búsqueda intencionada*”, Universidad de Chile, Chile

Objetivos: Detectar y describir EA ocurridos en pacientes adultos egresados de UPC, utilizando una metodología de búsqueda intencionada. Comparar si los EA detectados habían sido notificados. Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, utilizando herramienta de búsqueda intencionada de EA, Global Trigger Tool, por revisión manual de registros clínicos en muestra aleatoria de pacientes egresados de UPC de un Hospital Universitario, identificando detonadores que orientan la identificación de EA. Se describen detonadores y EA detectados, daño, tasa de EA, eventos por detonador, y se confirma si los EA detectados habían sido notificados. Los datos fueron

procesados en sistema Excel. Resultados: Se revisaron 148 fichas, se identifican 361 detonadores, y 206 EA, tasa de 128,7EA/1.000 día cama. 93% de EA se presentó dentro del episodio hospitalario, más frecuentes (61%) en pacientes que estuvieron hospitalizados ≥ 15 días. Un 57% de los detonadores llevo a la identificación de un EA, 64<5 de gravedad moderada. El 29% son EA relacionados con la atención y cuidados, 20% IAAS, 18% uso de medicamentos y 17% con proceso quirúrgico. Un 92% de los EA detectados no habían sido notificados en la Institución. Conclusiones: la utilización de una herramienta de búsqueda intencionada puede contribuir a la identificación de eventos adversos que no son reconocidos y de esta manera gestionar el riesgo clínico, insumo

Guamán (2016) “Conocimientos y actitudes frente a los efectos secundarios del tratamiento oncológico, en pacientes mayores de 18 años en la organización familias unidas por los enfermos de cáncer”. Universidad de Cuenca. Ecuador.

Metodología: Es un estudio descriptivo transversal, aplicado a 70 pacientes de la organización “Familias Unidas por Enfermos de Cáncer” Cuenca. Se aplicó un cuestionario. Esta Información fue procesada en el programa SPSS 22, para el análisis (6+).

Antecedentes: los tratamientos oncológicos llevan a múltiples consecuencias. Con el beneficio de la ciencia y tecnología se está creando fármacos, pero, su elevado contenido químico, no exime de provocar efectos secundarios. Objetivo general: Determinar los conocimientos y actitudes frente a los efectos secundarios del procedimiento oncológico, en pacientes mayores de 18 años de la organización Familias Unidas por los enfermos de Cáncer, Cuenca – 2016 (6+)

Resultados: se recogió de las entrevistas el nivel de conocimientos frente a los efectos secundarios del tratamiento oncológico 72.4 % y superando actitudes positivas 84,6%. Inciden pacientes mayores de 65 años 27,1%. procedentes 54,3% y residentes 61,4% del área urbana; recibieron quimioterapia 35,7% cirugía oncológica 27,2% y

radioterapia 7,2%. Refieren que los efectos secundarios son propios del tratamiento (quimioterapia 89,1%, radioterapia 95%, cirugía oncológica 96%). Sexo masculino 47.1%, y femenino 52.9%, y la duración del mismo (Quimioterapia 60,8%, radioterapia 55%, cirugía oncológica 72%) (6+). En cuanto a actitudes y reacciones; el 68,5%, acuden al médico. El 95,7% confía y el 75,5% no consideró abandonar el tratamiento. Conclusiones: Los conocimientos (72,4%) y actitudes (84,6%) son adecuados frente a efectos secundarios del tratamiento oncológico (6+)

Wegner (2012) “*Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children*” (Original en inglés) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil (7) Este estudio de caso con un enfoque cualitativo presenta un análisis de las percepciones de los cuidadores / acompañantes familiares y los trabajadores de la salud con respecto a los eventos adversos en contextos de atención. Un total de 15 compañeros y 23 trabajadores de la salud de las unidades de hospitalización pediátrica de un hospital universitario en Porto Alegre, Brasil, participaron en este estudio de agosto a diciembre de 2010. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante análisis de contenido temático utilizando la versión Nvivo de QSR 7.0. Siete categorías temáticas surgieron del análisis. Los resultados destacan la revisión y verificación de las intervenciones de los trabajadores y la implementación de una comunicación efectiva entre trabajadores, cuidadores y niños. Las principales recomendaciones se refieren a cambiar la cultura organizacional de los establecimientos de salud, enfatizando la atención segura y una visión sistémica de la evaluación de eventos adversos. (7)

Lopes (2017) “*Adverse events related to practical assistance: an integrative review*” (Original en inglés) Universidad de San Paulo, Brasil (4) Este estudio nos brinda un información y uno discusión detallada acerca de eventos adversos ligado a

la cultura de la seguridad del paciente. Asimismo, como método de estudio Se realizó una revisión bibliográfica integradora a través de investigaciones en MEDLINE, LILACS y BDNF disponible en BVS, utilizando los siguientes descriptores: seguridad del paciente, asistencia al paciente, vigilancia de evento centinela, gestión de seguridad. 26 artículos científicos publicados en el período definido para esta revisión, 2005 a 2015 cumplieron los criterios de inclusión. El análisis de los artículos reveló cinco categorías principales: características de los eventos adversos relacionados con la asistencia práctica, implicaciones de ocurrencia de eventos adversos, medidas para la prevención de eventos adversos, notificaciones de eventos adversos y los factores intervinientes y el conocimiento y la cultura de seguridad. Y en conclusión La cultura punitiva es responsable del subregistro y la omisión de eventos, lo que constituye un obstáculo para la implementación efectiva de las investigaciones. Fomentar una cultura de seguridad es esencial para establecer estrategias para garantizar una atención inofensiva. (4)

Muralidhar (2014) “Patient safety culture-perception of health care workers in a tertiary care hospital” (Original en inglés) universidad Jawaharlal de Educación e Investigación Médica de Postgrado, India (8+)

Objetivos: la seguridad del paciente es una disciplina que enfatiza el análisis, la notificación y la prevención de errores médicos que conducen a EA. Demasiados de estos pacientes se ven perjudicados por la atención médica, que generalmente resulta en lesiones permanentes, estadías hospitalarias más largas o incluso inmensas muerte. Este estudio intenta obtener datos y conocimientos sobre prácticas y actitudes existentes para la seguridad del paciente e indicar lugares de conocimiento para ayudar a mejorar esta situación deprimible. Métodos: El estudio se llevó a cabo utilizando un cuestionario anónimo, un autoinforme estructurado para analizar el escenario de seguridad del paciente en el hospital y la actitud de 100 trabajadores de la salud sobre la seguridad exclusivamente para los pacientes. Resultados: De los sujetos incluidos en el estudio, solo el 55% sabía de la existencia de una política de

control de infecciones en la institución. Una gran mayoría de los encuestados (94%) cree que informar errores ayudará a reducir su incidencia. Las principales razones de los eventos adversos fueron la alta carga de trabajo (82%) y la información incompleta del paciente (71%). Conclusiones: la seguridad del paciente todavía está en sus etapas infantiles en la India, a pesar del énfasis de la OMS. Las áreas problemáticas, incluida la alta carga de trabajo, la falta de comunicación por parte del personal de supervisión y el registro de eventos adversos cercanos y eventos adversos con retroalimentación, si se abordan, minimizarían el daño al paciente y reducirían los costos. (8+)

Singal (2018) “Assessment of knowledge and attitudes towards safety events reporting among residents in a community health system”. (Original en inglés). Universidad de Nueva York. Estados Unidos. (9+).

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes de los residentes con respecto al PSE y las posibles barreras que contribuyen a la presentación de informes de los residentes pobres.

Métodos: a través de un cuestionario en línea, se realizó una encuesta transversal de todo el personal del hogar que recibió capacitación de residencia de posgrado en dos centros médicos académicos independientes basados en hospitales comunitarios. Se crearon viñetas de casos de muestra para evaluar la capacidad de los residentes para identificar eventos de seguridad y clasificarlos como eventos cercanos, eventos adversos o eventos centinela y decidir si eran reportables.

Resultados: El Informe de PSE aumentó significativamente por año de entrenamiento de residencia ($p < 0.005$), y el tiempo necesario para presentar un PSE es la barrera percibida más fuerte. No hubo diferencia en los informes de PSE entre IMG y no IMG. Identificamos las principales brechas de conocimiento con solo el 73.9%, 79.6% y 94.3% de los encuestados que identificaron correctamente los eventos centinela, los eventos adversos y los casi accidentes, respectivamente. El 58.1% de los encuestados no creía que los accidentes cercanos fueran reportables.

Conclusiones: la falta de conocimiento es la barrera más importante para la presentación de informes de PSE. Un fondo cultural diferente y la falta de exposición previa al informe de seguridad del paciente por parte de los IMG no es una barrera significativa para la notificación de eventos de seguridad. A corto plazo, parece que concentrar los recursos institucionales limitados en la educación en lugar de los problemas de aculturación tendría el mayor beneficio.

Nacionales:

Mori (2017) “*Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte*”; Universidad Cesar Vallejo, Perú.

Objetivo: Establecer cuál es la asociación que hay entre prevención de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente, del personal de licenciados enfermeros en el área de urgencia del Hospital Vitarte.

Dicha pesquisa se elaboró con una perspectiva de cantidad y método hipotético deductivo con un ejemplar de estudio básico y categoría descriptiva y correlacional.

(5+)

La investigación del diseño fue no empírica; de corte transversal, el muestreo fue probabilístico y el ejemplo estuvo constituida por 40 enfermeros. se ejecutó un interrogatorio tipo escala de likert para calcular las variables de confianza y cultura del enfermo y prudencia de eventos adversos, siendo sometidas a validez y confiabilidad. Se aplicó el estadístico Rho de Spearman para señalar la relación entre las variables, en que existe una correlación pragmática y elocuente entre la cultura de seguridad del enfermo y provisión de eventos adversos por el profesional de enfermería en el area de emergencia del Hospital de Vitarte, con un valor de significancia de 0.05, $R = 0.827$, y $p = 0.035 < 0.05$. El cuidado de eventos adversos realizada por enfermeros en el Area de urgencia del Hospital de Vitarte; del 100% (39 especialistas), el 57.5% (25

especialistas) es regular, el 22.5% (09 especialistas) es inferior, y el 20.0% (08 especialistas) es Óptimo. Conclusiones: Con un Coeficiente de Correlación de Rho Spearman de 0.827, y un valor = 0.035. Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. Lima – 2017. Por lo tanto, se acepta la Hipótesis general. (5+)

Gordillo (2017) “Factores asociados en el incumplimiento del registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, en los servicios de Adolescentes y Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. Universidad Peruana Unión. Perú.

Objetivo: determinar los factores asociados en el incumplimiento del registro de eventos adversos por el profesional de Enfermería, en los servicios de Adolescentes y Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Metodología: tesis de enfoque cuantitativo; diseño correlacional, de corte transversal.

El tipo de muestreo será no probabilístico de tipo intencional. La pesquisa comprende los profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La variable de capítulo concernió a causas afiliadas a falta no reportar los eventos adversos. Instrumento: de creación propia de los autores, tiene datos generales combinado por cinco preguntas y datos específicos que contempla trece ítems. El instrumento comprende un terceto de dimensiones: Los factores personales (6 ítems), los factores laborales (3 ítems) y los factores contextuales (4 ítems)

El tipo de respuesta del instrumento de tipo Likert, con alternativas a “nada de acuerdo”, dos “poco de acuerdo”, tres “medianamente de acuerdo”, cuatro “muy de acuerdo” y cinco “totalmente de acuerdo”.

“El instrumento da como Registro adecuado: 32 a 65 puntos y Registro inadecuado: 13 a 31 puntos.” Mediante el juicio de expertos se validó el instrumento, con un V Aiken de 0.905 y con una prueba piloto en una población similar a los sujetos investigados, obteniendo un alfa de Cronbach, de 0.707. Resultados: brindar Proveer implementos

fundamentales y de esta manera optimizar la cultura de seguridad y así favorecer al enfermo, de esta manera mermar daños al usuario; suponiendo x que los errores, pese a que pueden ser advertidos, repartiendo conocimientos de seguridad del enfermo adicionalmente de un entorno laboral libre de culpa y así impulsar el informe de EA” (11). Conclusiones de la investigación mostraron que las organizaciones que brindan servicios de salud y su equipo están aumentando su enfoque e importancia en la seguridad del paciente

Vargas (2016) “Actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio”. Universidad Antenor Orrego. Perú.

Objetivo de examinar las actitudes del personal de salud frente a situaciones de eventos adversos durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo, 2016.

Información de tipo cualitativo proyecto fenomenológico en 12 obstetras, 4 ginecólogos y 4 residentes de Ginecología, quienes asistieron escogidos mediante la táctica bola de nieve, a ellos se le hizo un diálogo a fondo, fabricaron las alternativas de forma de historia, plática o representación. Se encontró que; el personal de salud que intervino de la pesquisa tiene reducido conocimiento de EA; identifican a los desgarros, hemorragias, infecciones y dehiscencias como las clases de EA más universales, para el personal de salud una de los motivos esenciales de los eventos es el error humano, así como problemáticas en los diversos procedimientos de admisión y organización del hospital.

Conclusiones: Las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos respecto a la vigilancia y notificación de eventos adversos, el personal desconoce que existen un sistema de vigilancia en Hospital Belén de Trujillo y solo notifican a las infecciones intrahospitalarias. Respecto al análisis de causas durante el parto y puerperio es que la principal causa es la mala praxis, así como problemas en los procesos de admisión y organización del hospital. Respecto a las estrategias de

prevención y control durante el parto y puerperio argumentan que la mejor estrategia de prevención es la capacitación, algunos mencionan realizar una adecuada atención prenatal y una buena historia clínica. (12)

Caparachin. (2016), “Eventos adversos durante el traslado del paciente post-operado inmediato en sala de operaciones en la clínica Stella Maris”. Universidad peruana Cayetano Heredia. Perú.

Objetivo: identificar principales causas y factores de riesgo asociados al traslado intrahospitalario que pueden contribuir o facilitar la aparición de Eventos adversos. Metodología: investigación cualitativa con la participación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por enfermeras, médicos, auxiliares y celador. El grupo nominal estuvo constituido por profesionales con experiencia en cuidados intensivos superior a 5 años, vinculados con aspectos relacionados con la seguridad del paciente y cuya participación fue voluntaria. El análisis causa raíz, permitió representar un diagrama de Ishikawa del proceso de traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Los datos muestran que un 70% de los eventos adversos ocurren en el turno noche, mientras que en el turno día solo el 30%. Del mismo modo las enfermeras con menos año de experiencia comenten más del 50% de eventos adversos. Resultados: se indicaron 8 ámbitos de riesgo relacionado con el paciente, el equipo, la comunicación, formación, equipamiento y recursos, individuales, condiciones de trabajo y asociados a la organización. Fueron seleccionadas 25 causas y factores de influencia que se agruparon en cada ámbito de riesgo identificado. La clasificación se realizó “The National Patient Safety Agency- National Health Service” (NPSA-NHS). Recomendaciones: Eliminar, controlar o reducir la potencialidad del riesgo y sus consecuencias, llegando a las siguientes conclusiones: “La gestión de la seguridad, a partir del análisis de los riesgos, permite establecer estrategias e introducir intervenciones dirigidas a mejorar y hacer más seguras los Traslado Intrahospitalario. Conclusiones: Es necesario protocolizar el proceso de Traslado Intrahospitalario en el

paciente crítico basándose en las recomendaciones existentes y el uso de herramientas que permitan iniciar el proceso con los requisitos de seguridad necesarios. La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, facilitar el ejercicio profesional y mejorar la calidad asistencial, justifica todos los esfuerzos dirigidos a reducir el impacto de los eventos adversos” (13)

2.2. Bases legales.

2.2.1. Normas nacionales

- Ley General de Salud N° 26842.

Toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares; de calidad de seguridad aceptados, en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

- DS N° 003. Rondas de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente.

Es una herramienta de calidad que nos permite evaluar la ejecución de buenas prácticas en la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición, reduciendo su impacto.

- Ley N° 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Los usuarios tienen derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir y conservar la salud.

2.2.2. Normas internacionales

➤ Joint Commission Internacional (JCI)

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad en la atención.

2.3. Bases Teóricas.

2.3.1. Seguridad del Paciente:

Calero et.al, indica que un integrante indispensable de la calidad asistencial es la seguridad del paciente, quien a ha comenzado a considerarse como una unidad fundamental en la práctica de salud y mecanismo clave de la gestión de la calidad, considerada también una primordialidad en la asistencia sanitaria, que con el tiempo buscar mermar los errores y educar en base a los cometidos. (15).

Roco, menciona que la seguridad del Pacientes, “es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica” (16).

De acuerdo con el MINSA (2014), se describen soluciones consensuadas para estos problemas de seguridad del paciente, fundadas tanto en el conocimiento y evidencia de expertos, con el fin de infundir perfeccionamientos específicos con respecto a la protección del paciente (5).

Recalcando que un evento adverso también puede ser la errónea identificación del paciente y esto se da más cuando hay cambios de ambiente, dormitorio o de lugar dentro del establecimiento, en pacientes con efectos de sedación, no orientados, no lucidos, con discapacidades sensoriales u otras situaciones similares. Por ello debemos identificar de manera confidencial a la persona a quien se está dando el régimen y/o tratamiento y hacer que este tenga una relación sólida con la persona a disposición (5). También, para impedir esta inseguridad, los pacientes deben estar registrados con sus datos completos (nombres completos, documento de identidad, etc.) y en las órdenes de laboratorio, recetas, hojas de registro médico, etc., ello durante la permanencia en el centro de salubridad.

Se disminuye los errores y se progresa en la seguridad del paciente cuando se perfecciona la comunicación efectiva. Por esa razón, es primordial que la comunicación y la interrelación que se da entre los que atienden al paciente sea eficaz, completa, oportuna, precisa, inequívoca, entendible (5).

Otro punto importante en la disminución de eventos adversos es Optimizar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Cuando los fármacos o herramientas de droguería son parte del plan de un régimen médico de un paciente, es imprescindible su uso seguro con la intención de garantizar su seguridad. “La administración errónea de algún medicamento, se puede dar, por falta de supervisión, falta de disposición o inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada. Un medicamento de alto riesgo puede llevar incluso a la muerte su mala administración.” (5)

2.3.2. Eventos Adversos

Villarreal sostiene, “[...] un evento adverso no es más que el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no se debe a la propia enfermedad” o como hace mención el Consejo Internacional de Enfermería (17) “[...] es el resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”.

Palacios (18) enfatizan que, el EA se define como “[...] el daño no intencional o complicación que resulta en la estancia hospitalaria prolongada y no prolongada, discapacidad al momento del alta o muerte y es causado por el manejo de la atención en salud más que de la enfermedad del paciente”.

Aranaza, indica que, todo acto inesperado a causa de un personal de salud se le conoce como evento adverso. Es grave si causa la muerte o se necesita de una intervención quirúrgica, moderada si ocasiona un alargamiento en la estancia hospitalaria y leve si causa alguna lesión, pero sin complicación en el tiempo de hospitalización. (19)

Bautista, hace mención, “referente a este problema se ha efectuado estrategias para disminuir e impedir los EA y se destacan de ahí en adelante medidas que ayuden a prevenir, sobre todo direccionadas a la seguridad cuando se administra medicamentos, controlando complicaciones infecciosas y mecánicas de los catéteres y la cultura del reporte”. (20)

Una parte importante en la disminución de eventos adversos es tomar conciencia y que el personal sea sensibilizado. Hay autores que aluden que para conseguir esta operación es obligatorio tener en cuenta cuatro cuestiones importantes: Admitir que podemos equivocarnos, usar sistemas que permitan indagar los errores y causas, crear sistemas de cuidado con tendencia a reducir la posibilidad de errores y reconocer prematuramente los problemas emocionales en los que cuidan a los pacientes (21).

Notificar los errores es un acto tremendamente significativo, y se debería realizar en una atmósfera en la que no se busque un culpable y que esta misma pueda identificar, analizar y suscitar barreras benefactoras, posibilitando de esta manera, la elaboración de protocolos y diversas guías (22).

Para el ministerio de salud, básicamente el personal de enfermería debe transfigurarse a un líder auténtico, en otras palabras, quien deberá ser asequible con sus colaboradores, debe transmitir las eventualidades ocurridas en el espacio de ayuda con ellos, y los induce a cooperar con su experticia, y evidencia una preocupación en mayor medida por el paciente y las variantes de su caso (23).

2.3.3. Conocimientos del personal de la salud en eventos adversos

En este contexto conocimiento, como lo indica Vassiliadis, et al. (25) “[...] el conocimiento en las organizaciones ha sido considerado por muchos, definido por algunos, comprendido por unos pocos y formalmente valorado por prácticamente nadie”.

Desde otro punto de vista, Venzin, et al. (2) indagan la esencia de un conocimiento según un terceto de gnoseología: cognoscitiva, conexionista y la productiva. De tal forma, la gnoseología cognitiva contempla la personalización, recolección y transmisión de la investigación del modo que la esencial acción de perfeccionamiento del discernimiento.

Navas, et al. (26) menciona que las acciones inseguras pueden ocasionar EA, del mismo modo factores que están relacionados al paciente, al personal de la salud, la misma infraestructura, en conclusión, con toda la organización. Algunos de estos eventos por mencionar son lesiones en pies, caídas, incontinencias urinarias, enfermedades cardiovasculares, alteraciones de la percepción sensorial y hasta úlceras por presión.

Aranáz y colaboradores, manifiestan que la poca seguridad del paciente es como un contagio silencio porque es un inconveniente usual, con predisposición progresiva, potencialmente peligroso, que se puede prevenir, con gran impacto financiero, salubre y social, que preocupa a profesionales, organizaciones sanitarias e instituciones y pacientes (27).

La ausencia de conocimientos es un referente y además que hay investigaciones con personas experimentadas que han detectado puntos críticos en el método saludable con repercusión en la Seguridad del paciente. (28)

Entre 44.000 – 98.000 personas mueren anualmente en nosocomios como consecuencia de EA según informe del Institute Of Medicine en 1980, cuentas que superan la mortandad en los accidentes de vehículo, el cáncer de mama o el SIDA. (29)

Por lo expuesto precedentemente, Urich, indica, que es una interrogante que nace de tasar los niveles de conocimiento (información acumulada por medio de la experiencia y el aprendizaje) en seguridad del paciente, en los estudiantes de medicina de la Isla de la Juventud, porque ya se sabe que, desde el inicio de la universidad, se ponen las bases para hacer un buen desarrollo profesional que de garantía de una atención sanitaria segura a los pacientes (30, 31)

2.3.4. Actitudes del personal de salud en seguridad del paciente

Sobre la actitud, autores como Pinilla (32), la acción ocurre con la trama de la interrelación humana: ser y ejecutar, estima que “[...] las actitudes no son otra cosa que la estructuración en cada individuo de los actos de conocimiento y pensamiento, juicio de valores y actos de decisión voluntaria”

Rodríguez, conceptualiza las actitudes “[...] toda predisposición de respuesta de las personas hacia una situación o estímulo, producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en alguna estructura cognoscitiva (mito, creencia, valor, perjuicio, etc.) y

que conlleva una carga afectiva y emocional, pudiendo ser de aceptación, rechazo o de simplemente indiferencia [...] el conocimiento de las actitudes es importante, porque nos permite predecir las conductas o comportamientos que mostrarían las personas o grupos cuando se enfrenten al objeto o situación de la actitud” (33).

Para el MINSA, la actitud es “[...] el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones y se dimensionan en conocimientos, afectos y procedimientos” (33).

Hay ámbitos bien identificados, donde los enfermeros vienen a ser la clave para una segura verificación, lo que reafirma una vez más que la función del personal de enfermería es básica y fundamental. (31, 34)

Sentirnos seguros es una urgencia, una intranquilidad persistente que demandamos durante toda nuestra existencia y debe estar perpetuamente en nuestro ecosistema de vida, dado que ya se encuentren satisfechas las necesidades fisiológicas, sino existe un grado satisfactorio de seguridad, ni de apreciación, ni de cariño, lo que inicialmente se satisfará precedentemente que cualquier otra inquietud principal y neta es la seguridad. La necesidad de la seguridad es lo que establece Abraham Maslow intrínsecamente como una escala de la categorización de insuficiencias, una vez se hayan suplido las fisiológicas.

Se considera como aspectos de la seguridad a la subordinación, protección, estabilidad, alejamiento de recelo, angustia o desconcierto, de estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras (35).

2.3.5. Prevención de seguridad del paciente de parte de enfermería

La cultura referente a seguridad del enfermo es valorada actualmente por ser ventaja en algún régimen salubre, ella constituye un arma básica para advertir eventos adversos, reconociendo vitalidad y un progreso continuo, se define al ligado de títulos

y modelos usuales de las personas centralmente de una misma institución que se compromete un prototipo intelectual usual que coloca la seguridad como una meta usual a apremiar y entrega a una institución un pensamiento fundamental concerniente con actitudes y percepciones de sus gerentes y personal y se considera como una participación de seguridad. (28)

El trabajador de salud, ya sea médico, licenciado, técnico, etc. Debe sentirse aminorado laborando en equipo, sin condicionantes jerárquicos negativos y con una interacción activa entre sí. El trascendental papel de la enfermera para perfeccionar la seguridad, cambiar el patrón de disimulo de errores o fallas, conductas reactivas ante eventos adversos, hacia una nueva cultura de seguridad en que los errores son considerados una secuela de la interacción de diferentes factores (¿qué sucedió?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿qué se debe crear para que no vuelva a ocurrir?), y no una cuestión de culpabilidad personal (¿quién?). (36)

Se debe facilitar el desarrollo de comportamientos de un nuevo clima laboral mediante la facultad de observar, notificar e instruirse de los errores y la humildad para pedir auxilio al resto del grupo cuando las condiciones individuales lo aconsejen. Hablar de los eventos adversos con naturalidad es un primer paso ineludible para conseguir una cultura de prevención de seguridad que contribuya a someter su ocurrencia.

Como personal de salud, es responsabilidad nuestra proteger por la calidad del servicio que prestamos, es cuidar y ello “Implica un conocimiento de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones, requiere su expresión como persona única, capaz de formar confianza, seguridad y sostén seguro”. Cuidado humanizado es el motivo de nuestra conciencia, valor, virtud, actitud, ideal, una conducta, una habilidad y un sumario. (37)

Entonces se trata de formar visible lo invisible, siendo competentes al someter tanto conocimiento, técnicas y habilidades innatas de nuestra profesión, sabiendo hacer uso adecuado de ellas, al igual que las actitudes que debe poseer el dador del cuidado. De

este modo, la seguridad de los pacientes exige, en todos los niveles, de centros de salud, normas de calidad, para tomar correctas decisiones, una buena articulación de los recursos y las capacidades para responder a las necesidades del paciente.

En este sentido, cobra jerarquía la reflexión indestructible sobre los conocimientos, valores, normas, actitudes y aptitudes como un soporte de factores requeridos para el logro de la excelencia, en el ejercicio de la profesión y que llevan tácito el crear el bien de la Enfermería, el cual también tiene su principio en la ética.

2.3.6. Teoría de enfermería

Ida Jean Orlando (46)

Este autor discurría que la enfermería era una carrera independiente y alejada en ciertos aspectos de la medicina. La teoría de enfermería de Orlando hace particular ahínco, sobre la relación que debe existir entre el paciente y la enfermera.

Él pensaba que las ordenanzas médicas estaban dadas a los enfermos, no al equipo de enfermería. Pese a ello, se pensaba que la enfermera debe de ayudar al paciente a trasladarse, si el paciente es incapaz de hacerlo. Asimismo, si hay datos contradictorios a la orden médica, las enfermeras deben imposibilitar el seguimiento.

Orlando consideraba que las enfermeras decidían por sí mismas su accionar, sin estribarse en el médico, menesteres organizativos y las experiencias pasadas. Es preciso que la enfermera evidencie su dictamen al médico. Orlando facilita el progreso de las enfermeras como la parte lógica de la atención sanitaria. Por consiguiente, la acción enfermera se fundamenta como las ocurrencias a corto plazo con el enfermo y las necesidades instantáneas.

Su objetivo general consistía en desarrollar “Una teoría de la práctica, enfermera eficaz” que definiría un papel diferenciado para las enfermeras profesionales y que proporcionaría una base para el estudio sistemático de la enfermería.

Ida Jean efectuó grandes avances a la teoría y práctica del tópico principal de la enfermería. Sus aportes del proceso enfermero reflexivo desempeñan los discernimientos de una teoría. En su teoría se plantea:

- Una visión sistemática de los fenómenos enfermeros.
- Especificaciones de las relaciones entre conceptos.
- Explicación de lo que sucede durante el proceso enfermero y el por qué.
- Preinscripción de cómo los fenómenos enfermeros pueden controlarse.
- Explicación sobre como el control conduce a la predicción del resultado.

La teoría que Orlando ha propuesto, se considera una hazaña mayúscula debido a que esta se puede apreciar en diversos aspectos de la medicina tales como: práctica, investigación, docencia y administración.

2.4. Formulación de hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud.

2.4.2. Hipótesis específica

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre las medidas de prevención de eventos adversos.

Existe relación significativa entre actitudes sobre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente.

2.5. Operacionalización de variables e indicadores.

Variable 1	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo	Escala de medición	Indicadores
Conocimientos sobre eventos adversos	Vargas, hace mención al conjunto de conceptualizaciones, informaciones y datos que el personal de salud tiene sobre incidentes y eventos fortuitos relacionados con la seguridad del paciente, que se debería evidenciar en el manejo del paciente.	<p>Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos.</p> <p>Notificación de eventos adversos.</p> <p>Medidas de prevención de eventos adversos</p>	cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura de seguridad en el paciente. - Definición de evento adverso - Situaciones más frecuentes de eventos adversos. - Sistema de notificación. - Protocolo para notificar. - Barreras que impiden notificar. - Usos de los sistemas de notificación - Datos de una receta para dispensar - Lavado de manos. - Comunicación en el equipo multidisciplinario

Variable 2	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo	Escala de medición	Indicadores
Actitudes sobre eventos adversos.	Espinoza, indica que son predisposiciones más o menos estables para responder a situaciones positivas o negativas que ponen en riesgo de salud a los pacientes, expresada en conocimientos, afectos y procedimientos.	Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos.	cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - errores por casualidad. - ritmo de trabajo - problemas por eventos adversos. - son buenos para evitar errores - Personal suficiente. - mejor atención al paciente. - atención al paciente - Coordinación entre servicios - Cooperación entre los servicios.
		Notificación de eventos adversos.			cuantitativa
		Medidas de prevención de eventos adversos.	cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Informa de los errores que ocurren. - Evitar que un error vuelva a ocurrir. - Trabajamos bajo presión - Verifica periódicamente baranda. - charlas en manejo de estrés. - trabaja de forma coordinada.

2.6. Definición de Términos Básicos.

Conocimientos:

Según Palacios, el termino conocimiento se utiliza en el sentido de conceptos e informaciones. En la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, de esta manera establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. (39)

Actitudes:

Para Díaz, es una predisposición aprendida no innata que puede cambiar al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable. Las actitudes son las conductas humanas que condicionan las distintas respuestas a los estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. Pueden ser propias e individuales y están sujetas al medio que rodea al individuo (40).

Eventos Adversos:

Aranaza, indica que, es todo acto inesperado a causa de un personal de salud se le conoce como evento adverso. Es grave si causa la muerte se necesita de una intervención quirúrgica, moderada si ocasiona un alargamiento en la estancia hospitalaria o leve si causa alguna lesión, pero sin complicación en el tiempo de hospitalización. (19)

Seguridad del Paciente:

Para Pizzi, es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Un incidente es cualquier "evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente", mientras que un evento o efecto adverso (EA) "es un incidente que llega a producir daño al paciente" (41).

Calidad de atención:

Lerner, menciona que, la calidad de atención es básicamente el servicio que se brinda ante la salud de cualquier usuario, siendo así que implica ante todo cumplir con las políticas que cada hospital tiene, tanto en las públicas como en privadas. Por otro lado, la calidad de atención en todos los hospitales es evaluados para destacar la forma en la que atienden a los usuarios internos hospitalizados, siendo así que garantiza todo el beneficio y la seguridad, brindando confianza para satisfacer sus necesidades de cada persona. (42)

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de la investigación.

Por el tipo de investigación, el actual trabajo es de tipo básica, pues tiene como finalidad la obtención y recopilación de información.

De acuerdo al nivel de investigación, reúne las características de un estudio, descriptivo pues se observarán las variables sin influir en ella; cuantitativo, pues se basa en el estudio y análisis a través de diferentes procedimientos.

En cuanto al diseño es no experimental, pues solo se observan las variables, sin manipularlas.

3.2. Diseño de la investigación.

a) Según la tendencia

Es cuantitativo porque medirá los indicadores de las dimensiones de las 2 variables. (47)

b) Según la orientación

Es de tipo básica, pues tiene como finalidad la obtención y recopilación de información. (47)

c) Según el tiempo de ocurrencia de los hechos

Es prospectivo porque permitirá recoger datos que, en la medida que van aplicando los dos instrumentos a cada personal de salud, ellos responderán en presente. (47)

d) Según el período y secuencia de la investigación

Es de tipo transversal porque al personal de salud se le aplicará los dos instrumentos en una sola oportunidad. (47)

e) Según el análisis y alcance de sus resultados

Es descriptivo porque busca obtener relaciones estadísticamente significativas. (47)

3.3. Población y muestra de la investigación.

La población se encuentra conformada por 60 trabajadores personales de salud que laboran la Clínica Divino Niño, en turnos rotativos, distribuidos en los siguientes servicios:

	GRUPO A	GRUPO B
SERVICIO	MÉDICOS	ENFERMERAS
Emergencia	15	6
Consultorio externo	31	
Hospitalización	1	5
UVI		2
TOTAL	47	13

Fuente: elaborado por el investigador.

Por lo tanto, tratándose de un estudio inédito, en la mencionada clínica, no se trabajará con muestra, porque se trabajará con la población en su totalidad.

En la clínica divino niños Jesús. ubicada en el Distrito de San Juan de Miraflores, donde al mes atendemos más de 2500 mil pacientes en total; por el servicio de emergencia atienden en promedio 1800 mil pacientes entre consultas pediátricas y de medicina y procedimientos,

En el servicio de hospitalización se hospitalizan al mes en promedio 100 pacientes provenientes del servicio de emergencia, sala de operaciones y de consultorio externos de las distintas especialidades (cardiología, ginecología, traumatología, cardiovascular, endocrinología, cirugía), dicho servicio consta con 08 camas en hospitalización común y 05 en UCIN, las encargadas de brindar los cuidados a estos pacientes son 01 licenciada y técnica por turno. En SOP, operan al día en promedio 5 pacientes entre cirugías programadas y de emergencia.

3.3.1 Criterios de exclusión:

- Mayores de 60 años
- Personal de salud que tenga menos de 1 año laborando en la clínica.
- Personal de salud que tenga algún cargo administrativo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.4.1. técnicas

Para la variable conocimiento y actitudes se usó la técnica de la encuesta, ambas son técnicas que plantea un listado de preguntas cerradas para obtener datos precisos.

3.4.2. instrumentos de recolección de datos. [AAQ1]

En la variable conocimiento se usará el cuestionario con 10 ítems, estructuradas en 5 alternativas, de las cuales una es verdadera (vale 2,0) y las otras son distractoras (valen 0,0 puntos).

Para el indicador de Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos hay 3 preguntas; para Notificación de eventos adversos hay 4

preguntas; para Medidas de prevención de eventos adversos hay 3 preguntas. El puntaje total es de 20 puntos (ver anexo D).

Para la variable actitudes el instrumento, será un cuestionario tipo Escala de Likert. Esta escala ha sido elaborada por el tesista. Está estructurada en objetivos, introducción, datos generales y datos específicos, éstos contienen 28 ítems. Donde los valores son: 1 Nunca, 2 Casi Nunca, 3 A Veces, 4 Casi Siempre, 5 Siempre (ver anexo C). Para el indicador de Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos hay 10 preguntas; para Notificación de eventos adversos hay 10 preguntas; para Medidas de prevención de eventos adversos hay 8 preguntas.

obteniendo como resultado en la escala de Likert 0.79.

Los instrumentos son anónimos. El tiempo estimado para responder es de 30 minutos.

3.4.3. Validación y confiabilidad de instrumentos

Ambos instrumentos se validaron a través del método de jueces expertos en relación con la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada ítem; 5 expertos profesionales de la salud con experiencia en la investigación, docencia y el tema de estudio, se realizó la validez de contenido a través de la escala de Likert obteniendo para el cuestionario Actitudes sobre eventos adversos el 100% de la aprobación es decir que es la validez es elevada según el porcentaje obtenido; por otro lado, en la variable Conocimientos sobre eventos adversos también se obtuvo un 100% de la aprobación esto nos hace referencia que la validez es elevada, teniendo una muy adecuada validez de contenido según nuestros expertos en el tema.

Para estimar la confiabilidad, se aplicó una prueba piloto, a un grupo de 10 personas pertenecientes a la muestra de estudio. La respuesta se codificó en el programa estadístico SPSS, dando un valor de alpha de Cronbach de 0.65, siendo un rango confiable en la variable Actitudes sobre eventos adversos y en sus dimensiones seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos un Alpha de Cronbach de 0.65, en

notificaciones de eventos adversos un Alpha de Crombach de 0.66 y en medidas de prevención de eventos adversos un Alpha de Crombach 0.64; para la variable conocimientos sobre eventos adversos se obtuvo un Alpha de Crombach de 0.75 y en sus dimensiones seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos un Alpha de Crombach de 0.73, en notificaciones de eventos adversos un Alpha de Crombach de 0.75 y en medidas de prevención de eventos adversos un Alpha de Crombach 0.77.

También se utilizó el estadístico más utilizado en ciencias biológicas y sociales: el estadístico KAPPA, valor que indica el nivel de acuerdo entre los evaluadores no superando el esperado por el azar.

Se valoró el grado de acuerdo en función al índice Kappa:

< 0 sin acuerdo

0 - 0,2 insignificante

0,2 - 0,4 bajo

0,4 - 0,6 moderado

0,6 - 0,8 bueno

0,8 – 1 muy bueno

Se obtuvo a través del coeficiente de concordancia o índice kappa, una puntuación global alta: 0.85 (grado de acuerdo muy bueno).

Conforme a los resultados se eliminaron 8 ítems que obtuvieron índice Kappa menor de 0,50 de los 35 propuestos, y quedaron 28 en el instrumento de aplicación con índice Kappa mayor de 0,60.

Y en la variable sobre conocimientos sobre eventos adversos se obtuvo un índice de Kappa de 0.81.

3.5. Técnicas para el procesamiento de datos.

Con el objetivo de demostrar si existe o no relación entre la variable conocimiento sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente y la variable actitudes, los datos fueron procesados mediante el estadístico Chi cuadrado, así con $X^2=11,429^a$; g.l= 2; $p=0,003$.

La prueba de chi cuadrado se usa concretamente en la estadística descriptiva aplicada al estudio de dos variables en este caso la variable conocimiento y la variable actitud.

Los resultados de dicha encuesta se procesaron en los estadísticos del programa SPSS v23, donde se aplicaron estadísticas descriptivas, frecuencias (f) y proporciones (%) para las variables cualitativas y medidas de tendencias central (media, mediana y moda).

3.6. Aspectos Éticos

Para llevar a cabo la implementación y aplicación de la investigación planteada, se consideró coordinar con la Administración y Dirección para su respectiva autorización. Antes de llenar la encuesta se les explico que están en su derecho de decidir si participará en esta investigación. Los que bajo su determinación aceptaron, firmaron un consentimiento informado donde se hace hincapié que se guardará la confidencialidad en cada encuesta llenada.

Según Ezequiel, se consideraron los 7 principios éticos que proporcionan un marco sistemático y racional para determinar si la investigación clínica es ética (44): - **Valor**, los resultados esperados de esta investigación, pretenden servir de insumo para promover mejoras en la calidad y seguridad de la atención. **Validez científica**: esta investigación está orientada a un objetivo claro, y pretende probar los objetivos propuestos, - **Selección equitativa de los sujetos**: los cuestionarios se relacionan con la interrogante planteada y en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, - **Proposición favorable de riesgo-beneficio**: se

esperan beneficios para la institución respecto a contribuir al conocimiento. - **Evaluación independiente:** Destinada a evitar la manipulación indebida de la investigación y conceder responsabilidad social. - **Consentimiento informado:** se refiere a la participación voluntaria y autónoma. - **Respeto a los sujetos:** en el caso de esta investigación implica o Garantizar la privacidad de la información obtenida.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos: Resultados.

Los resultados han sido hallados a través del procesamiento de datos estadísticos del programa SPSS v23, donde se ha usado frecuencias (f) y porcentajes (%) para el aspecto descriptivo y Chi cuadrado (χ^2) para establecer las relaciones de las variables y dimensiones investigadas; así como la v de Cramer (v) para ver la fuerza en que se relacionan las variables del estudio, por lo cual se pasa a detallar lo siguiente.

TABLA N°1: Relación entre conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la CDNJ. 2019.

		CONOCIMIENTOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
		MALO	REGULAR	BUENO	Total
ACTIT JDES SOBR	ACTITUD F	6	18	18	42
	REGULAR % Fila	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%

$\chi^2=11,429^a$; g.l.= 2; $p=0,003$ //
V de Cramer= 0,436

	% Columna	50,0%	60,0%	100,0%	70,0%
	Res. Tip.	-2,4	-3,0	5,4	
	F	6	12	0	18
ACTITUD	% Fila	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
NEGATIVA	% Columna	50,0%	40,0%	0,0%	30,0%
	Res. Tip.	-2,4	3,0	-5,4	
	F	12	30	18	60
	% Fila	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
Total	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 1: Fecha: 28/06/2019 Alexander Abel Quispe Casanova

En los resultados de la tabla 1, se rechaza la hipótesis nula (H_0), teniendo una $p=003$. Se cumple la (H_1), existe relación entre conocimientos y las actitudes sobre eventos en la cultura de seguridad del paciente, ya que el valor es, $X^2=11,429^a$; g.l.= 2; por lo que se rechaza la independencia entre las variables de investigación, es decir se confirma la relación entre las variables, siendo esta relación positiva y significativa según el estadístico V de Cramer = 0,436. Según los residuos tipificados nos muestran que los que presentan un conocimiento bueno muestran una actitud regular y los que muestran una actitud negativa muestran un conocimiento regular.

TABLA N°2: Relación entre nivel de conocimientos y la actitud del personal de salud en la dimensión de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Divino Niño Jesús. Lima, 2019.

		CONOCIMIENTOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
		MALO	REGULAR	BUENO	Total	
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD EN LA		F	12	6	0	18
	ACTITUD	% Fila	66,5%	33,5%	0,0%	100,0%
	NEGATIVA	% Columna	100,0%	20,0%	0,0%	30,0%
		Res. Tip.	4,8	-3,0	-1,8	

$X^2=51,000^a$; g.l.= 6; $p=0,000//$
V de Cramer= 0,922

	F	0	18	18	36
ACTITUD	% Fila	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
REGULAR	% Columna	0,0%	60,0%	100,0%	60,0%
	Res. Tip.	-7,2	,0	7,2	
	F	0	6	0	6
ACTITUD	% Fila	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
POSITIVA	% Columna	0,0%	20,0%	0,0%	10,0%
	Res. Tip.	-1,2	3,0	-1,8	
	F	12	30	18	60
	% Fila	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
Total	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4: Fecha: 28/06/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

En los resultados de la tabla 2, se rechaza (H_0), con una $p=0$. Se acepta la (H_1), existe relación entre conocimientos y las actitudes sobre la cultura de seguridad del paciente, con valor de chi cuadrado de $X^2=51,000^a$; g.l.= 6, por lo que se rechaza la independencia entre las variables de investigación, es decir se confirma la relación entre las variables, siendo esta relación positiva y significativa según el estadístico V de Cramer = 0,922, nos refiere que la relación es muy fuerte.

TABLA N°3: Relación entre nivel de conocimientos y la actitud del personal de salud en la dimensión de medidas de prevención de eventos adversos, en la Clínica Divino Niño Jesús, Lima 2019.

		CONOCIMIENTOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA DIMENSION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EA				
		MALO	REGULAR	BUENO	Total	
ACTITUDES SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA		F	12	12	0	24
	ACTITUD	% Fila	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	NEGATIVA	% Columna	100,0%	40,0%	0,0%	40,0%
		Res. Tip.	7,2	,0	-7,2	
	ACTITUD	F	0	18	0	18

$X^2=78,000^a$; g.l.= 4; $p=0,000//$
V de Cramer= 0,806

REGULAR	% Fila	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	% Columna	0,0%	60,0%	0,0%	30,0%
	Res. Tip.	-3,6	9,0	-5,4	
	F	0	0	18	18
ACTITUD POSITIVA	% Fila	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% Columna	0,0%	0,0%	100,0%	30,0%
	Res. Tip.	-3,6	-9,0	12,6	
	F	12	30	18	60
Total	% Fila	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5: Fecha: 28/06/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

En los resultados de la tabla 3, se rechaza la (H0), con una $p=0,000$. Se cumple la (H1), existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre eventos adversos en la dimensión de medidas de prevención de la cultura de seguridad del paciente, los datos fueron sometidos al estadístico Chi cuadrado, así con $X^2=78,000^a$; g.l.=4; $p=0,000$, queda demostrado que existe relación entre ambas variables, según el estadístico V de Cramer=0,806, nos refiere que esta relación es muy fuerte.

Según los residuos tipificados nos muestran que los que presentan un conocimiento bueno muestran una actitud buena en la dimensión de prevención de eventos adversos.

TABLA N°4: Relación entre nivel de conocimientos y actitud del personal de salud en la dimensión de notificación de eventos adversos de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima, 2019.

		CONOCIMIENTOS SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA DIMENSION DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS			
		MALO	REGULAR	BUENO	Total
ACTITUD NEGATIVA	F	0	0	0	0
	% Fila	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

$X^2=0,123$; $p=1,896$

	% Columna	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%
	Res. Tip.				
	F	0	0	0	0
ACTITUD	% Fila	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
REGULAR	% Columna	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%
	Res. Tip.				
	F	12	30	18	60
ACTITUD	% Fila	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
POSITIVA	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Res. Tip.				
	F	12	30	18	60
	% Fila	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
Total	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6: Fecha: 28/06/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

En los resultados de la tabla 4, se rechaza la (H0), con una $p=1,896$. Se cumple la (H1), existe la relación entre conocimientos y actitudes en la notificación de eventos adversos, el valor es $X^2=0,123$, por lo que se rechaza la independencia entre las variables de investigación, es decir se confirma la asociación o relación entre las variables, siendo esta relación positiva y significativa según el estadístico V de Cramer = 0,922, nos refiere que la relación es muy fuerte. Según los residuos tipificados nos muestran que los que presentan un conocimiento bueno muestran una actitud regular en la dimensión de cultura de seguridad del paciente.

TABLA N° 5: Nivel de conocimientos sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús Lima, 2019.

		f	%
CONOCIMIENTOS SOBRE	MALO	12	20%
	REGULAR	30	50%

BUENO	18	30%
Total	60	100%

Tabla 2: Fecha: 28/06/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

En la presente tabla, podemos apreciar que el 50% de los encuestados presentan un nivel de conocimiento regular respecto a la cultura de seguridad del paciente, el 30% un conocimiento bueno y sólo un 20 % un conocimiento malo. Por lo tanto, los encuestados han demostrado tener en su mayoría conocimientos medio en cuanto a eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, lo que puede aumentar el riesgo de cometer errores o eventos adversos, los cuales van a ocasionar que en un futuro no muy lejano puedan ocurrir complicaciones, negligencias y demás errores por no saber o conocer.

TABLA N°6: Actitudes sobre eventos adversos en la cultura de la seguridad del paciente, del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima, 2019.

	f	%
ACTITUDES SOBRE EVENTOS ADVERSOS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD	ACTITUD NEGATIVA	18 30%
	ACTITUD REGULAR	36 60%
	ACTITUD POSITIVA	6 10%
	Total	60 100%

Tabla 3: Fecha: 28/06/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

En la siguiente tabla, podemos considerar que el 60% del personal presentan una actitud regular respecto a los eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, el 30% una actitud negativa y solo un 10% una actitud positiva. Por lo tanto, los encuestados han demostrado tener en su mayoría actitudes positivas en cuanto a eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, teniendo una actitud positiva podemos disminuir el riesgo de cometer errores o eventos adversos.

4.2. Prueba de hipótesis.

4.2.1. Hipótesis Nula:

Los conocimientos se relacionan significativamente con la actitud del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Divino Niño Jesús, San Juan de Miraflores.

4.2.2. Hipótesis Alterna:

Los conocimientos se relacionan significativamente con la actitud del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Divino Niño Jesús, San Juan de Miraflores.

4.2.3. Resultado de la prueba de Hipótesis:

En la población estudiada, sobre conocimientos y actitudes en eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente de la Clínica Divino Niño, San Juan de Miraflores, en el período de estudio de enero del 2019 a junio del 2019, no se pudo demostrar relación significativa entre conocimientos y actitudes.

4.3. Discusión de resultados.

En el presente estudio el personal de salud entrevistado tiene un conocimiento limitado sobre eventos adversos, lo cual no afecta la actitud de ellos mismo, ya que en su mayoría tienen una actitud buena.

Caso contrario ocurrió con el estudio de Mendoza (2014), donde reportó resultados distintos, indicando que el conocimiento de los profesionales de enfermería es medio en cuanto a la cultura de seguridad del paciente, según la prevención de eventos adversos es medianamente eficiente y concluye que los profesionales de enfermería están en riesgo de tener eventos adversos, los cuales van a ocasionar que en un futuro no muy lejano complicaciones, negligencias y demás errores por no saber. La cultura de seguridad del paciente, es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente. Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

Respecto al Nivel de conocimientos sobre EA en la cultura de seguridad del paciente, cuyo resultado fue, el 50% de las personas encuestados presentan un nivel de conocimiento “regular”, el 30% un conocimiento “bueno” y sólo el 20% un conocimiento “malo”, y en las Actitudes del personal de salud frente a eventos adversos en la dimensión de la cultura de seguridad en toda la clínica, podemos percibir que el 100% del personal presenta una actitud positiva respecto a la cultura de seguridad en toda la clínica.

Del mismo modo en la tesis de Vargas (2016) “Actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio”, el personal de salud entrevistado maneja un conocimiento limitado sobre eventos adversos, lo que perjudica la comunicación de los casos ocurridos en dicho centro médico. En la teoría planteada, no es perceptiva para aumentar el número de notificaciones que suceden debido a los EA. El personal que ha sido encuestado tiene en cuenta que el EA es una acción esporádica que no es

intencional, o sea que, ningún personal de salud, menos la institución, tiene como motivo principal perjudicar o dañar al paciente, debido a que el objetivo y propósito primordial de un personal de salud, es recuperar y mejorar las condiciones de salud de los pacientes “bajo el principio hipocrático de no hacer daño, tal como reflejan otras investigaciones”.

Abellán (2016) en España, concluye que las actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas, identificaron una estrategia para la prevención de los EA. «El trabajo en equipo en la unidad/servicio» ya que servirá como una oportunidad de aprendizaje entre todos los operarios de salud, y de esta manera, los dotará de conocimientos, mejorando su desempeño llamada también como «dotación personal».

Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre las medidas de prevención de EA, podemos apreciar que el 60% del personal presenta un nivel de conocimiento bueno y el 40% tiene un nivel de conocimiento regular. En cuanto a actitud, podemos percibir que el 100% del personal presenta una actitud positiva respecto a las medidas de prevención de eventos adversos, en la clínica divino niño Jesús.

coincidiendo con Morí (2017) cuyo objetivo fue determinar qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y las medidas de prevención de EA por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Vitarte. “Ahí la prevención de EA brindada por el profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte; el 57.5% es regular, el 22.5% es deficiente, y el 20.0% es excelente.”

Ambos resultados tienen similitud ya que los profesionales de salud brindan cuidado evitando causar daños y/o complicaciones durante su ejercicio profesional. Pero siempre hay eventos adversos y muchas veces suceden por una gran demanda de pacientes, poco personal de salud, ya sean médicos, licenciados y técnicos y mínima capacitación.

Del mismo modo el estudio de Mendoza (2015), menciona que el conocimiento de los profesionales de enfermería es medio en la cultura de seguridad del paciente y es según las medidas de prevención de eventos adversos medianamente eficiente. “Aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir, es una cultura

positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos.” He aquí la importancia en la cultura de seguridad del paciente, es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, de modo individual como colectivo, disminuyendo riesgos y daños al paciente.

Con el fin de Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal de salud sobre la notificación de EA. Podemos apreciar que el 60% del personal presenta un nivel de conocimiento regular sobre notificación de eventos adversos, el 30% tiene un nivel bueno y sólo el 10% muestra un nivel malo. En la actitud respecto a la notificación de eventos adversos, podemos ver que el 30% del personal presenta una actitud regular, el 40% muestra una actitud negativa y el 30% muestra una actitud positiva.

Astargo (2016), también menciona que el 92% de los EA detectados no habían sido notificados en la Institución, reconociendo este autor que la seguridad del paciente es un completo desafío en la salud pública y es parte sustancial de la calidad asistencial. Conocer las fallas en seguridad que causan daño a los pacientes, es necesario para perfeccionar la calidad asistencial, ahí radica la importancia de notificar. Desechemos la cultura punitiva que solo busca tener culpables para castigarlos.

Saturno (2018) asegura que la confianza y el clima organizacional en el reporte y mejora de los eventos influyen en la seguridad del paciente, pues “cuando hay miedo en el hospital, el personal hará todo lo posible para ocultar los errores y el filtro de datos”. Por esta razón, es necesario implementar en los servicios de salud diversas tácticas que permitan involucrar a los profesionales y técnicos de salud con el reporte, la necesidad de modernización en los conocimientos y perfeccionar actitud para la atención del paciente. De igual manera, la investigación del 2015 propuesta por Ferreira, realizado en Uruguay, sobre eventos adversos ocurrido en salud y cuidado de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. Con respecto a la condición de dotación de los asistentes médicos, las personas que fueron entrevistados expresaron que cuando aconteció el EA se encontraban en un nivel insuficiente. Tanto enfermeras como supervisores están de acuerdo en que las necesidades

del personal de servicio de salud influyen en la generación de los eventos adversos.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

- Con el presente trabajo se determinó que existe relación entre los conocimientos y las actitudes sobre eventos adversos, en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la clínica divino niño Jesús.
- Se determinó que el personal de salud posee un nivel de conocimiento regular sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, lo que condiciona la aparición de eventos adversos.
- Se determinó que la actitud del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente es regular.

5.2. Recomendaciones.

- Establecer un plan que incluyan más conocimientos y las mejores prácticas para enfrentar las consecuencias de los eventos adversos, mediante un entrenamiento intenso que haga énfasis en la importancia de reportar, que comprendan al principal grupo de interés: paciente y la familia en primer lugar, pero también al profesional afectado, la clínica y la parte administrativa.
- Realizar las herramientas necesarias para la atención al paciente que brinde incentivos a todos sus colaboradores, fomentando una cultura de seguridad es esencial para establecer estrategias que garanticen la atención.
- Capacitar periódicamente, elaborar guías, protocolos a manera de mantener buenas y productivas relaciones con el equipo de trabajo, perdiendo el miedo a notificar los eventos adversos ocurridos, porque la política que debe manejarse debe ser la preventiva y no la punitiva.

- Fortalecer la cultura de seguridad del paciente, monitoreando eventos adversos que contribuya a la mejorara de una cultura de seguridad del paciente, por cuanto el personal tiene la actitud para prevenirlos realizar trabajo en equipo y el control de medidas de prevención en la ocurrencia de eventos adversos, así se minimiza la probabilidad de cometerlos, evitando las sanciones al personal.
- Realizar réplicas de estudios similares a manera de seguir investigando y dando mejores estándares de calidad para los órganos reguladores y la oficina de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente. [Internet] EEUU: OMS; 2008. [actualizado 2009; citado 14 jul 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
2. Venzin M, Von Krogh G & Roos J. Future research into knowledge management. In G. von Krogh Roos, J, y Kleine D. (Eds), Knowing in firms. Understanding, managing and measuring knowledge. [Internet] pp. 26 – 66. London, SAGE Publications. 1998. [citado 14 jul 2017]. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.532&rep=rep1&type=pdf>
3. Ministerio de Salud. Protocolo para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de infecciones intrahospitalarias. [Internet] Vol 1. 1a Edición. Lima: Ministerio de Salud MINSA; 2000. [citado 14 jul 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1769.pdf>
4. Lopes de Figueiredo M. D'Innocenzo M. Adverse events related to practical assistance: an integrative review [Internet] Enfermería global. Vol. 47. Pag.3. 2016. [12 ago 2017] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00605.pdf>
5. Mori Yachas, 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, 2017. [Internet]. [tesis de maestría]: Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Guamán Cañar ME, Guazhambo Pillco IL. Conocimientos y actitudes frente a los efectos secundarios del tratamiento oncológico, en pacientes mayores de 18 años en la organización familias unidas por los enfermos de cáncer. [Internet] Cuenca 2016. Cuenca: Universidad de Cuenca Facultad de ciencia médicas Carrera de Enfermería [tesis de licenciatura]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26835/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
7. Wegner Wiliam, Pedro Eva Neri Rubim. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 June [citado 213 Feb 2018]; 20(3): 427-434. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en
8. Muralidhar S., Akhil Taneja Venkatasamy A., Ramesh Ramesh V. Patient safety culture-perception of health care workers in a tertiary care hospital. The International journal of risk & safety in medicine 24(4):191-9. 2012.

[Internet]

Disponible:

https://www.researchgate.net/profile/Sumathi_Muralidhar/publication/233331203_Patient_safety_culture-perception_of_health_care_workers_in_a_tertiary_care_hospital/links/5747dedd08ae2301b0b80b0b/Patient-safety-culture-perception-of-health-care-workers-in-a-tertiary-care-hospital.pdf

9. Singal M, Zafar A, Tbakhi B, Jadhav N, Alweis R, Bhavsar H. Assessment of knowledge and attitudes towards safety events reporting among residents in a community health system. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2018 Oct 15;8(5):253-259. doi: 10.1080/20009666.2018.1527670. PMID: 30357000; PMCID: PMC6197008. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197008/>
10. Gordillo de Gonzalez LF, Pereda Gerónimo MY, Salazar Crispín CE. Factores asociados en el incumplimiento del registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, en los servicios de Adolescentes y Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. [Internet]. Lima: Universidad Peruana Unión Escuela De Posgrado - Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/827/Luisa_Trabajo_Investigaci%c3%b3n_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y
11. Guerra Bretaña RM, Meizoso Valdés MC. Gestión de calidad. Conceptos, modelos y herramientas. La Habana: Editorial UH; 2012.
12. Vargas Gonzales R, Barrientos Reynaga R, Llontop Aponte J. Actitudes del personal de salud frente a eventos adversos [Internet], *Pueblo Cont.* Vol. 28(2) 2017. Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/viewFile/796/735>
13. Caparachin Gonzales EL, Henostroza Inga RM. Eventos adversos durante el traslado del paciente post-operado inmediato en sala de operaciones en la clínica Stella Maris Lima, Perú, 2016. [Internet] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2016 [tesis de licenciatura]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/651/Eventos%20adversos%20durante%20el%20traslado%20del%20paciente%20postoperado%20inmediato%20en%20sala%20de%20operaciones%20en%20la%20Cl%C3%ADnica%20Stella%20Maris%20Lima%2C%20Per%C3%BA%2C%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Organización Mundial de la Salud. Definición de la cultura de seguridad del paciente. Ginebra: INHARI/OMS. 2019.
15. Calero Hajar AH, Espinoza el Rio G y Portal Abanto L. Plan de seguridad del paciente. [Internet] Lima: Hospital de San Juan de Lurigancho. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/PLANSEGURIDADPACIENTE.pdf>
16. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad.

- [Internet] Rev. Med. Clin. Condes – 2017. Vol. 28. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
17. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Declaración de posición del CIE. Seguridad de los pacientes. [Internet] 61va ed. Geneva: International Council of Nurses; 2002. [actualizado 2012; citado 24 jul 2017] Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Seguridad_pacientes-Sp_0.pdf
 18. Palacios-Barahona AU, Bareño Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med 2012; 26(1):19-28.
 19. Aranaza JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. [Internet] MedClin (Barc) 2010; 135(Supl.1):1-2 Disponible en: http://lmentala.net/admin/archivosboletin/JSEMDECultura_de_la_Seguridad_Aranaz_2010.pdf
 20. Bautista Rodríguez LM “et al”²⁰. Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. [Internet] Revista Ciencia y Cuidado 2011;8(1):75-83; 2011. [citado 10 abr 2018] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853523.pdf>
 21. Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch. argent. Pediatría 2011;99(6):522. Disponible en: http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/sal_sepa_erroresmedicina2.pdf
 22. Kraman SS; Hamm G. Extreme honesty may be the best policy. AVMA Medical & Legal Journal 2001; 7: 185-190. doi: 10.1258/1356262011928473.
 23. Ministerio de Salud de Colombia. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet], 2a ed. Colombia: MINSALUD; 2015 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
 24. El Blog de la AAFF. (Sede Web) Protocolo de Londres. [Internet] 2013. Disponible en: <https://elblogdelaaafh.wordpress.com/2013/06/09/protocolo-de-londres/>
 25. Vassiliadis S, Back A, Siefert A & Von Krogh G. Competing with intellectual capital: theoretical background. St. Gallen: Institute for information and institute of management. University of St. Gallen. [citado 30 jul 2017] Disponible en: https://www.alexandria.unisg.ch/196948/1/15_Competing_capital.pdf
 26. Navas-Torres J, Alvarado-Muriel P, González-Cartagena JL, Delgado-Ortiz SA, Domínguez CL, Valero-Cárdenas H, Luna-Gómez N, Cecilia Sandoval M, Fajardo-Puentes SL, Rojas-Sánchez LZ, García-Mancipe M, Parra DI, Rey-Gómez R, Camargo-Figuera FA, et al. Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. [Internet] Revista Cubana de Enfermería; 2015 [citado 1 ago 2017]; 30(1). Disponible

en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/171>

27. Aranaz, Aibar J. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. [Internet] GacSanit 2006; 20 (Supl. 1):41-7. [citado 10 de oct 2017]. Disponible en: http://195.64.186.10/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf
28. Badia Llach X. “et al”²⁸ Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Diseño y validación preliminar. Informes, Investigación y Estudios. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
29. Pérez-Castro y Vázquez JA, Jaramillo-Esparza CM, Olvera-Martínez LD, Burgos-Martínez LA, Pastrana-Gómez AA, González-Olvera AI, Delgado-Bernal M, Márquez-Villarreal HG, Real-Tovar F. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. [Internet] Rev. CONAMED 2014; 19(2):52-58. [citado 28 mar 2018]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2014/con142b.pdf>
30. Treadwell JR, Lucas S & Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. BMJ Qual Saf. 2014 Apr;23(4):299-318. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001797.
31. Urich B, Kear T. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. [Internet] Nephrol Nurs J. 2014; 42:107. Disponible en: <https://www.annanurse.org/download/reference/journal/patientSafety1.pdf>
32. Pinilla A, Conocimiento de la Interacción Humana. 1a ed. Lima. Editorial Iberoamericana; 1981.
33. Rodríguez Canales, F. Lo Cognoscitivo y Psicosocial como Factores de Riesgo en Salud. 1a ed. Huancavelica: Servicios Gráficos Matices, 1998.
34. Aiken LH, “et al”³⁴. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. [Internet] The Lancet. 2014; 383:1824–30. [citado 25 jul 2018] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)
35. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud, Barranquilla [Internet]. 2007 [citado 29 may 2018]; 23(1): 112-119. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a11.pdf>
36. Pérez Bolaños L. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. [Internet] 2017; [citado 27 ago 2018] 33(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209/265>
37. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Mar. [citado 23 mar 2019]. 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es.

38. Espinosa De Santillana IA, Acatitla Dávila AK, Torres Escobar ID. Evaluación de la susceptibilidad y autoeficacia ante VIH/sida en profesionales de estomatología. Rev. inf. cient. [Internet]. Feb 2019 [citado 28 ene 2020]; 98(1):64-76. Disponible en: <https://bit.ly/2O7LTZi>
39. Palacios X, Zani B. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos [Internet]. Revista Diversitas Volumen 10 Número 2; 2014 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/view/2062/2233>
40. Biblioteca Virtual De La Universidad Cooperativa De Colombia. Documento disponible en: <http://bucaramanga.ucc.edu.co/Biblioteca/archivos/ENFERMERIA/ENF%20032.pdf>
41. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2019. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
42. Lerner S, Szasz, I. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México. Estudios demográficos y urbanos 26(1):195-213; 2011. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259905205_Salud_reproductiva_y_condiciones_de_vida_en_Mexico_by_Susana_Lerner_Ivonne_Szasz
43. Saturno PJ. “et al”⁴³ Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. [Internet] MedClinMonogr (Barc). 2008; 131(Supl 3):18-25. [citado 26 sep 2017]. Disponible en: <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis%20cultura%20SP%20%28articulo%29.pdf>
44. Ezekiel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. 2015. p. 83–96.
45. Sausa M. Situación de la salud en Perú: Ineficiencias del sector están afectando a millones de peruanos [Internet]. Perú 21. 2018 [Fecha de acceso 15 Mar 2019]. Disponible en: <https://peru21.pe/peru/situacion-saludperu-ineficiencias-sector-afectandomillones-peruanos-39622>
46. Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
47. Campos, G. y Sosa, V. (2011). Estrategias metodológicas para la elaboración de tesis de posgrado. México, Porrúa.

ANEXO 1. Matriz de Consistencia de la Tesis

Título de la investigación: Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima 2019

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGIA	POBLACION
<p>Problema General ¿Qué relación existe entre conocimiento y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la clínica Divino Niño Jesús, 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente? ¿Cuál es nivel de actitud del personal de salud sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente? ¿Qué relación existe entre el nivel de Conocimientos y las actitudes del personal de salud, sobre eventos adversos en la seguridad del paciente</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación que existe entre conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la CDNJ.</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar el nivel de conocimientos sobre eventos adversos en la dimensión cultura de seguridad del paciente. Identificar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de eventos adversos. Identificar el nivel de conocimiento sobre</p>	<p>Hipótesis general Hay relación entre Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima.</p> <p>Hipótesis específica El nivel de conocimientos sobre eventos adversos influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente.</p> <p>Hipótesis Nula: No hay relación entre Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús.</p>	<p>Variable 1: Conocimiento</p> <p>Variable 2: Actitudes</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO De tipo básica</p> <p>DISEÑO DE ESTUDIO Según la tendencia Cuantitativo. Según la orientación Tipo básica. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos Prospectivo. Según el periodo y secuencia de la investigación Transversal. Según el análisis y alcance de sus resultados Descriptivo.</p> <p>POBLACION TIPO DE MUESTRA: 60 personales de salud que laboran en la Clínica Divino Niño Jesús. TAMAÑO DE MUESTRA 60 trabajadores.</p> <p>TECNICAS E INSTRUMENTOS: VARIABLE1: Conocimientos TECNICA: Encuesta. INSTRUMENTO: cuestionario que es de elaboración propia. VARIABLE2: Actitudes. TECNICA: encuesta.</p>	<p>La población se encuentra conformada por 60 trabajadores, personales de salud que laboran la Clínica Divino Niño,</p>

Fuente: elaborado por el investigador.

<p>en la Clínica Divino Niño Jesús?</p>	<p>notificación de eventos adversos.</p> <p>Describir la actitud del personal de salud en la dimensión de resultados de la cultura de seguridad.</p> <p>Describir la actitud del personal de salud en la dimensión de cultura de seguridad por servicio.</p> <p>Describir la actitud del personal de salud en la dimensión de la cultura de la seguridad en toda la clínica.</p>			<p>INSTRUMENTO: Escala de Likert que será de elaboración.</p> <p>VALIDACION Y CONFIABILIDAD:</p> <p>El instrumento se validó a través del método de jueces expertos en relación con la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada ítem (participaron cinco jueces); 08 expertos profesionales de la salud con experiencia en la investigación, docencia y el tema de estudio.</p> <p>Para estimar la confiabilidad es decir el grado de acuerdo entre los jueces se aplicó una prueba piloto, a un grupo de 10 personas pertenecientes a la muestra de estudio. La respuesta se codificó en el programa estadístico SPS, dando un valor de alfa de Cronbach de 0.45%, siendo un rango moderado.</p> <p>TECNICAS Y PROCESAMIENTO DE DATOS:</p> <p>los datos fueron procesados mediante el estadístico Chi cuadrado, así con $X^2=11,429^a$; g.l= 2; $p=0,003$. La prueba de chi cuadrado se usa concretamente en la estadística descriptiva aplicada al estudio de dos variables en este</p>	
---	--	--	--	--	--

Fuente: elaborado por el investigador.

				<p>caso la variable conocimiento y la variable actitud.</p> <p>ASPECTOS ETICOS: se consideró coordinar con la Administración y Dirección para su respectiva autorización. Antes de llenar la encuesta se les explico que están en su derecho de decidir si participará en esta investigación. Los que bajo su determinación aceptaron, firmaron un consentimiento informado.</p> <p>Valor Validez científica Selección equitativa de los sujetos Proposición favorable de riesgo beneficio Evaluación dependiente Consentimiento informado</p>	
--	--	--	--	--	--

Fuente: elaborado por el investigador.

DEFINICION CONCEPTUAL VARIABLE CONOCIMIENTO	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR DE LA VARIABLE
<p>Conjunto de conceptualizaciones, informaciones, datos que el personal de salud tiene sobre incidentes y eventos fortuitos relacionados con la seguridad del paciente, que se debería evidenciar en el manejo del paciente. (12).</p>	<p>Se midió la variable de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>Nivel bueno</p> <p>Nivel regular</p> <p>Nivel malo</p>	<p>1. Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos.</p> <p>2.- Notificación de eventos adversos.</p> <p>3.- Medidas de prevención de eventos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura de seguridad en el paciente. - Definición de evento adverso - Situaciones más frecuentes de eventos adversos. - Sistema de notificación de eventos adversos. - Protocolo para notificar un evento adverso. - Barreras que impiden notificar en EA. - Usos de los sistemas de notificación. - Datos debe tener una receta para dispensar medicamentos. - Lavado de manos. - Comunicación en el equipo multidisciplinario. 	<p>Correcto = 20</p> <p>Errada = 00</p> <p>- Nivel bueno: 16 - 20 puntos.</p> <p>- Nivel regular: 10 – 14 puntos.</p> <p>- Nivel malo: 0 – 8 puntos</p>

Fuente: elaborado por el investigador.

DEFINICION CONCEPTUAL VARIABLE ACTITUDES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR DE LA VARIABLE
<p>Son predisposiciones más o menos estables para responder a situaciones positivas o negativas que ponen en riesgo de salud a los pacientes, expresada en conocimientos, afectos y procedimientos. (43)</p>	<p>Se midió la variable de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Actitud regular</p> <p>Actitud negativa</p>	<p>1.- Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos.</p> <p>2.- Notificación de eventos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - errores por casualidad. - ritmo de trabajo - problemas relacionados con eventos adversos. - son buencs para evitar errores - Personal suficiente para evitar errores. - mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. - atención al paciente - Coordinación entre los diferentes servicios - Cooperación entre los servicios. - Notifican los eventos - Eventos adversos que no han tenido consecuencias. - Notificamos algún incidente. - Un error, lo utilizan en tu contra. - Se detecta algún fallo antes de buscar la causa, buscan un "culpable". - El personal teme que eso quede en su expediente. - La actualización ante un EA. 	<p>Actitud positiva: 28</p> <p>Actitud negativa: 00</p> <p>- Actitud positiva: 19 - 28 puntos.</p> <p>- Actitud regular: 9 - 18 puntos.</p> <p>- Actitud negativa: 0 - 8 puntos</p>

Fuente: elaborado por el investigador.

		<p>3.- Medidas de prevención de eventos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades a la seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. - El personal se apoya mutuamente para disminuir la carga laboral. - Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. - Informa de los errores que ocurren en nuestro servicio. - Manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir. - Trabajamos bajo presión - La administración de la clínica verifica periódicamente las barandas. - La administración de la clínica nos da charlas en manejo de estrés. <p>Los servicios trabajan de forma coordinada para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.</p>	
--	--	---	---	--

Fuente: elaborado por el investigador

ANEXO 2. Instrumento 1.

ANEXO C



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS EN ENFERMERIA
Mención Gerencia de los Cuidados en Enfermería

Técnica: Entrevista.

Instrumento: Escala de Calificación.

I. OBJETIVO:

Recolectar datos de los profesionales de salud acerca de conocimientos sobre eventos adversos y actitudes de la cultura de seguridad, de la Clínica Divino Niño Jesús.

II. INTRODUCCION:

Soy el Lic. Alexander Quispe Casanova, y de acuerdo al objetivo señalado, mucho le agradeceré responder dos instrumentos, el 1° es la escala de Likert con 28 ítems y en la segunda parte se le presenta un cuestionario de 10 preguntas de opción múltiple, de las cuales sólo una es la respuesta correcta y las otras alternativas son distractores, no requerimos se identifique, sólo necesitamos su veracidad. Muchas Gracias.

III. DATOS GENERALES:

3.1. Edad en años:

3.2. Sexo: Varón Mujer

3.3. Profesión: Médico Enfermero(a)

3.4. Estudios de Post Grado: Maestría Doctorado Otros

3.5. Tipo de contratación: Planilla Contrato Parcial Cas

3.6. Tiempo que lleva laborando en la institución: < 1 año 1-5 años

> 5 años

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

A continuación, se presenta la Escala de Likert.

Marcar con una (+) la respuesta que crea conveniente.

Nº	ITEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
A	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NATURALEZA DE LOS EVENTOS ADVERSOS.					
1	Usted cree que no se deben producir más errores por casualidad.					
2	Usted cree que en su institución nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
3	En su institución hay problemas relacionados con eventos adversos.					
4	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la parte asistencial.					
5	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
6	A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8	Los diferentes servicios de la clínica no se coordinan bien entre ellos.					
9	Hay buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
B	NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS					

10	Se notifican los eventos adversos que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
11	Se notifican los eventos adversos que previsiblemente no van a dañar al paciente					
12	Se notifican los eventos adversos que no han tenido consecuencias por mínimas que sean en el paciente.					
13	Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
14	Si los compañeros o los superiores se enteran que has cometido un error, lo utilizan en tu contra.					
15	Cuando se detecta algún fallo antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
16	Cuando se comete algún error el personal teme que eso quede en su expediente					
C	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS					
17	La actualización permanente permite actuar inmediatamente ante un EA.					
18	Tenemos actividades dirigidas a la seguridad del paciente y prevención de eventos adversos.					
19	Cuando se detecta algún evento adverso en la atención al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					

20	El personal se apoya mutuamente para disminuir la carga laboral.					
21	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
22	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
23	Se nos informa de los errores que ocurren en nuestro servicio.					
24	En mi servicio discutimos de qué manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir.					
25	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas de prisa que es inevitable no cometer un error.					
26	La administración de la clínica verifica periódicamente las barandas de la clínica para evitar riesgo de caídas.					
27	La administración de la clínica nos da charlas en manejo de estrés para evitar eventos adversos.					
28	Los servicios trabajan de forma coordina para para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					

ANEXO 3. Instrumento 2.

ANEXO D



**Universidad
Norbert Wiener**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS EN ENFERMERIA
Mención Gerencia de los Cuidados en Enfermería

A continuación, se le presenta el cuestionario antes mencionado, favor responder las preguntas. No omitir ninguna. Muchas Gracias.

- 1.- ¿En qué se basa la cultura de seguridad del paciente?
 - a) En procedimientos acerca del tema de seguridad del paciente ante una causa. (0.0)
 - b) En la identificación y análisis de los EA y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones a intervenir. (1.0)
 - c) En cuidar la vida del paciente, evitando secuelas mayores para no sufrir lesiones posteriores. (0.0)
 - d) En prevenir alguna lesión o daño del paciente durante su estadía hospitalaria. (0.0)
 - e) Asegurar la supervivencia del paciente, evitando sufra consecuencias posteriores. (0.0)
- 2.- ¿Qué es un evento adverso?
 - a) El resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. (1.0)
 - b) El resultado de una atención en salud que de manera intencional produjo daño a un paciente. (0.0)
 - c) La caída del paciente sin complicaciones y sin quejas. (0.0)
 - d) La ausencia del efecto del medicamento en su adsorción y terapéutica del paciente. (0.0)
 - e) El reconocimiento holístico del paciente. (0.0)
- 3.- ¿Cuáles son los principales eventos adversos que se presentan durante la práctica asistencia?
 - a) Revelar datos, suministrar, ignorar, recolectar datos. (0.0)
 - b) Administrar, revelar datos, encuestar, ignorar. (0.0)
 - c) Administrar, recolectar datos, revelar datos. (1.0)
 - d) Sancionar, ejecutar protocolo del evento sucedido. (0.0)
 - e) Buscar culpables para evitar más daño al paciente. (0.0)
- 4.- ¿Qué es un sistema de notificación de eventos adversos?
 - a) Es un proceso basado en normas que se encargan de mejorar la calidad del paciente. (0.0)
 - b) Es el conjunto de reglas para controlar las incidencias de Eventos Adversos. (0.0)
 - c) Es un agregado para resolver problemas que afectan la seguridad del paciente. (0.0)
 - d) Es un sistema que se encarga de mejorar la seguridad del paciente. (1.0)
 - e) Es un sistema que se tiene para sancionar al personal de salud. (0.0)

- 5.- el protocolo para notificar un evento adverso consiste en:
- a) Planeamiento y organización; implementación de la ficha de registro y reporte de incidentes y eventos adversos; evaluación de la implementación de los instrumentos. (1;0)
 - b) Reunión con los jefes de los departamentos de mantenimiento y servicios; capacitación de RCP los departamentos y servicios. (0.0)
 - c) Campaña de difusión de los equipos de salud en prevención; Capacitación a todo el personal sobre la seguridad del paciente. (0.0)
 - d) Reunión con los coordinadores de cada área involucrada. (0.0)
 - e) Planeamiento y organización; implementación de la ficha de registro y reporte de incidentes y eventos adversos. (0.0)
- 6.- ¿Cuáles son las barreras que impiden a un personal de salud notificar un evento adverso?
- a) Escaso conocimiento de un Evento Adverso. (0.0)
 - b) El subregistro de Eventos Adversos cuando un error ha ocurrido. (0.0)
 - c) Corrección de medidas correctivas que se debe documentar y por qué. (0.0)
 - d) Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias. (0.0)
 - e) Documentación engorrosa, que implica el hacer muchos trámites. (1.0)
- 7.- ¿Para qué se utilizan los sistemas de notificación de eventos adversos?
- a) Despedir al trabajador que ocasiona el evento. (0.0)
 - b) Garantizar la seguridad y mejora del paciente. (1.0)
 - c) Pagar al paciente una indemnización. (0.0)
 - d) Beneficiar al asegurado con el cobro del Evento Adverso. (0.0)
 - e) Beneficiar a la empresa. (0.0)
- 8.- ¿Qué datos debe tener una receta para que farmacia dispense medicamentos de alto riesgo?
- a) Los medicamentos que está indicando (0.0)
 - b) Nombre del paciente, medicamento y presentación, vía de administración y fecha correcta (1.0)
 - c) Con la fecha es suficiente (0.0)
 - d) No se necesita receta para vender algún medicamento (0.0)
 - e) Con el medicamento y la vía de administración es más que suficiente. (0.0)
- 9.- El lavado de manos es una medida de la prevención de un evento adverso
- a) Si (1.0)
 - b) No (0.0)
- 10.- Una comunicación oportuna, precisa y completa entre los miembros del equipo interdisciplinario previene los eventos adversos.
- a) Si (1.0)
 - b) No (0.0)

Anexo 4.

Validez de Contenido por Criterios de Jueces del Cuestionario Conocimientos sobre eventos adversos^[AAQ2]

N° de Ítems	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Total de ítems correctos	%
Expertos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
Experto 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
Experto 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
Experto 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
Experto 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
Experto 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
												100

Procesamiento:

1. El porcentaje de cada uno de los expertos (as) se obtendrá de la siguiente manera:

$$p = \frac{\text{Total de ítems correctos} \times 100\%}{\text{Total de ítems del instrumento}}$$

$$p = \frac{10 \times 100}{10} = 100$$

2. La validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

$$\text{Validez} = \frac{p \times \text{N° de expertos}}{\text{Total de expertos}}$$

$$\text{validez} = \frac{500}{5} = 100$$

Validez de Contenido por Criterios de Jueces del Cuestionario Actitudes sobre eventos adversos.

N° de Ítems	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Total de ítems correctos	%
Expertos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	100
Experto 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	100
Experto 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	100	
Experto 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	100	
Experto 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	100	
Experto 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	100	
																													100			

Procesamiento:

1. El porcentaje de cada uno de los expertos (as) se obtendrá de la siguiente manera:

$$p = \frac{\text{Total de ítems correctos} \times 100\%}{\text{Total de ítems del instrumento}}$$

$$p = \frac{28 \times 100}{28} = 100$$

2. La validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

$$\text{Validez} = \frac{p \times \text{N}^\circ \text{ de expertos}}{\text{Total de expertos}}$$

$$\text{validez} = \frac{100 \times 5}{5} = 100$$

Anexo 5. Confiabilidad por estadístico Kappa del Cuestionario Conocimientos sobre eventos adversos^[AAQ3]

Preguntas	Índice de Kappa	Grado
Pregunta N°1	0.75	Muy bueno
Pregunta N°2	0.78	Muy bueno
Pregunta N°3	0.80	Muy bueno
Pregunta N°4	0.82	Muy bueno
Pregunta N°5	0.79	Muy bueno
Pregunta N°6	0.85	Muy bueno
Pregunta N°7	0.84	Muy bueno
Pregunta N°8	0.77	Muy bueno
Pregunta N°9	0.81	Muy bueno
Pregunta N°10	0.88	Muy bueno
A Nivel General	0.81	Muy bueno

Confiabilidad por estadístico Kappa del Cuestionario Actitudes sobre eventos adversos.

Preguntas	Índice de Kappa	Grado
Pregunta N°1	0.81	Muy bueno
Pregunta N°2	0.95	Muy bueno
Pregunta N°3	0.8	Muy bueno
Pregunta N°4	0.78	Bueno
Pregunta N°5	0.95	Muy bueno
Pregunta N°6	0.86	Muy bueno
Pregunta N°7	0.8	Muy bueno
Pregunta N°8	0.85	Muy bueno
Pregunta N°9	0.81	Muy bueno
Pregunta N°10	0.88	Muy bueno
Pregunta N°11	0.85	Muy bueno
Pregunta N°12	0.81	Muy bueno
Pregunta N°13	0.97	Muy bueno
Pregunta N°14	0.78	Bueno
Pregunta N°15	0.96	Muy bueno
Pregunta N°16	0.89	Muy bueno
Pregunta N°17	0.8	Muy bueno
Pregunta N°18	0.89	Muy bueno
Pregunta N°19	0.81	Muy bueno
Pregunta N°20	0.88	Muy bueno
Pregunta N°21	0.85	Muy bueno
Pregunta N°22	0.78	Bueno
Pregunta N°23	0.8	Muy bueno
Pregunta N°24	0.91	Muy bueno
Pregunta N°25	0.79	Bueno
Pregunta N°26	0.87	Muy bueno
Pregunta N°27	0.8	Muy bueno
Pregunta N°28	0.87	Muy bueno
N° de ítems aceptados 28	0.85	Muy bueno

Confiabilidad del instrumento Actitudes sobre eventos adversos según Alpha de Crombach

N° de ítems	Alpha de crombach
28	0.65

Confiabilidad del instrumento según dimensiones de la variable Actitudes sobre eventos adversos según Alpha de Crombach

Dimensiones	N° de ítems	Alpha de crombach
Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos	28	0.65
Notificaciones de eventos adversos	28	0.66
Medidas de prevención de eventos adversos	28	0.64

Confiabilidad del instrumento Conocimientos sobre eventos adversos según Alpha de Crombach

N° de ítems	Alpha de crombach
10	0.75

Confiabilidad del instrumento según dimensiones de la variable Conocimientos sobre eventos adversos según Alpha de Crombach

Dimensiones	N° de ítems	Alpha de crombach
Seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos	10	0.73
Notificaciones de eventos adversos	10	0.75
Medidas de prevención de eventos adversos	10	0.77

Anexo 6.

Validez de Contenido por Criterios de Jueces del Cuestionario Conocimientos sobre eventos adversos

REACTIVOS	V DE AIKEN	ACEPTACIÓN
1. ¿En qué se basa la cultura de seguridad del paciente?	0.75	A
2. ¿Qué es un evento adverso?	0.78	A
3. ¿Una de las siguientes situaciones más frecuentes en el ámbito hospitalario, que afecta la seguridad del paciente es:	0.80	A
4. ¿Qué es un sistema de notificación de eventos adversos?	0.82	A
5. El protocolo para notificar un evento adversos consiste en.	0.79	A
6. ¿Cuáles son las barreras que impiden a un personal de salud notificar un evento adverso?	0.85	A
7. ¿Para qué se utilizan los sistemas de notificación de eventos adversos?	P	A
8. ¿Qué datos debe tener una receta para que farmacia dispense medicamentos de alto riesgo?	0.77	A
9. El lavado de manos es una medida de la prevención de un evento adverso.	0.81	A
10. Una comunicación oportuna, precisa y completa entre los miembros del equipo interdisciplinario previene los eventos adversos.	0.88	A
A Nivel General	0.81	A

***Nº Jueces: 10; A=ítem Aceptado; R=ítem Rechazado; V=Valor de V de Aiken

Validez de Contenido por Criterios de Jueces del Cuestionario Actitudes sobre eventos adversos.

REACTIVOS	V DE AIKEN	ACEPTACION
1. Usted cree que no se deben producir mas errores por casualidad	0.75	A
2. Usted cree que en su institucion nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	0.78	A
3. En su institucion hay problemas relacionados con eventos adversos	0.8	A
4. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la parte asistencial.	0.78	A
5. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	0.79	A
6. A veces no se puede proporcionar la mejor atencion al paciente porque la jornada laboral es agotadora	0.74	A
7. En ocasiones no se presta la mejor atencion al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	0.8	A
8. Los diferentes servicios de la clinica no se coordinan bien entre ellos.	0.77	A
9. Hay buena cooperacion entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	0.81	A
10. Se notifican los eventos adversos que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	0.88	A
11. Se notifican los eventos adversos que previsiblemente no van a dañar al paciente.	0.75	A
12. Se notifican los eventos adversos que no han tenido consecuencias por minimas que sean en el paciente.	0.78	A
13. Cuando notificamos algun incidente nos informan sobre que tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	0.8	A
14. Si los compañeros o los superiores se enteran que has cometido un error, lo utilizan en tu contra.	0.78	A
15. Cuando se detecta algun fallo antes de buscar la causa, buscan un culpable.	0.79	A
16. Cuando se comete algun error el personal teme que eso que en su expediente	0.74	A
17. La actualizacion permanente permite actuar inmediatamente ante un EA	0.8	A
18. Tenemos actividades dirigidas a la seguridad del paciente y prevencion de eventos adversos.	0.77	A
19. Cuando se detecta algun evento adverso en la atencion al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	0.81	A
20. El personal se apoya mutuamente para disminuir la carga laboral	0.88	A

21. Cuando alguien esta sobrecargando de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	0.75	A
22. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atencion que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	0.78	A
23. Se nos informa de los errores que ocurren en nuestro servicio	0.8	A
24. En mi servicio discutimos de que manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir.	0.78	A
25. Trabajamos bajo presion para realizar demasiadas cosas de prisa que es inevitable no cometer un error.	0.79	A
26. La administracion de la clinica verifica periodicamente las barandas de las camillas para evitar riesgo de caidas.	0.74	A
27. La administracion de la clinica nos da charlas en manejo de estres para evitar eventos adversos.	0.8	A
28. Los servicios trabajan de forma coordinada para proporcionar la mejor atencion posible a los pacientes.	0.77	A
A Nivel General	0.79	A

***Nº Jueces: 10; A=item Aceptado; R=item Rechazado; V=Valor de V de Aiken

ANEXO 6. Formato de consentimiento informado

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del participante:.....
Firma:..... Fecha:...../...../..... Persona que obtuvo el consentimiento del sujeto, Licenciado Alexander Quispe Casanova.
Firma del tesista:.....
Fecha:...../...../.....

Procedimiento

Si usted acepta participar de este estudio titulado CONOCIMIENTO y ACTITUDES DE MÉDICOS Y ENFERMEROS EN LA OMISIÓN DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS. CLÍNICA DIVINO NIÑO JESÚS, el tesista antes mencionado coordinará con usted una sesión dentro de las instalaciones de la Clínica Divino Niño Jesús, que será en la fecha y hora que usted decida; se le entregará la Escala de Likert, que contiene 40 preguntas **TD**: Total desacuerdo **D**: Desacuerdo **I**: Indiferente **A**: De acuerdo **TA**: Totalmente de acuerdo, y un cuestionario de 25 preguntas donde sólo una respuesta será verdadera.

Participación voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria, usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento. También podrá decidir si no desea participar ahora o podrá decidir que desea participar y cambiar de opción más adelante, teniendo en todo momento plena libertad de decisión. Si decide no participar o retirarse, no se tomará ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona, sólo se comunica con el Licenciado antes mencionado.

Beneficios

Con su participación se busca la relación entre el conocimiento y las actitudes frente a la omisión del reporte de Eventos Adversos de la Clínica Divino Niño Jesús. En base a ello, se podrían crear nuevas estrategias institucionales para todos los clientes internos y externos, así mejorar la omisión del reporte de EA.

Riesgos y molestias

No presentará ningún riesgo físico o mental, ya que su participación en la investigación consiste en responder las 2 escalas que no le llevarán más de 30 minutos.

Privacidad

A fin de proteger su privacidad, sus datos obtenidos serán cautelados con una clave/código; conservándolos en un archivo seguro que no forma parte de los registros institucionales. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajándose los datos sólo para los fines establecidos en este consentimiento.

Remuneración:

No recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio.

¿DESEAS PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO? Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este Consentimiento Informado. Confirmando que el tesista me ha explicado los procedimientos que incluye. Confirmando que he leído la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas. Tuve tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, y decidir si deseo participar o no en el presente estudio.

Por favor llenar los espacios con letra imprenta y legible.

Gracias.

ANEXO 7. Carta de aprobación de la Institución para la recolección de los datos.



CLINICA DIVINO NIÑO JESÚS

“ AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD ”

Lima, 07 de Enero del 2019

CARTA N° 09 – 2019 DIRECCION – CDNJ

Señores:

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

Av. Arequipa N° 440

Lima.-

Atn.: Mg. Guillermo Alejandro Raffo Ibarra
Director de la Escuela de Post Grado
Universidad Privada Norbert Wiener

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que esta Dirección informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el trabajo de investigación titulado:

“Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente, del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima”

En tal sentido esta Dirección autoriza la realización del estudio de investigación al Lic. Alexander Quispe Casanova.

Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia de proyecto al concluirse.

La presente aprobación tiene vigencia a partir de la fecha y se extiende por un periodo de un año.

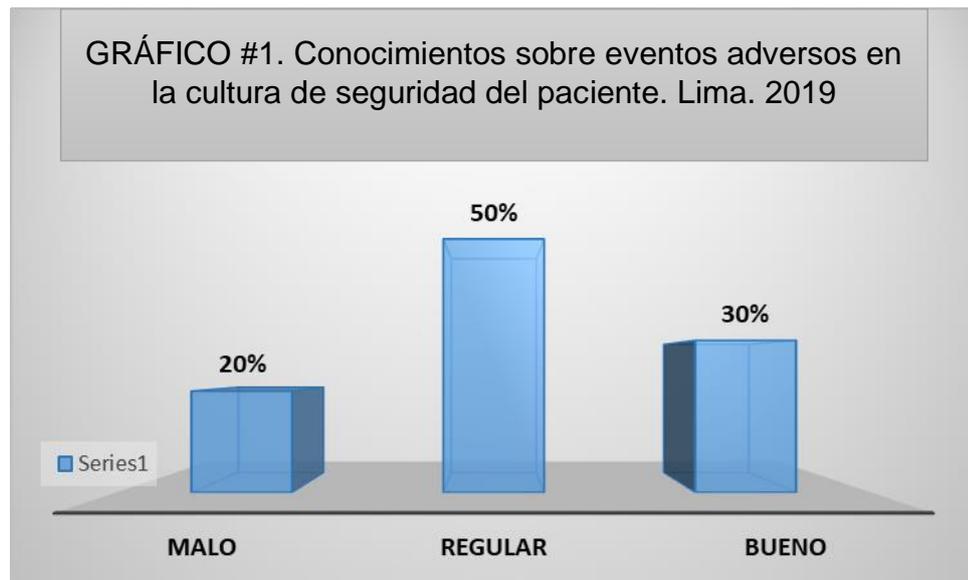
Sí aplica, los trámites para su renovación deberá iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular me despido de Usted.

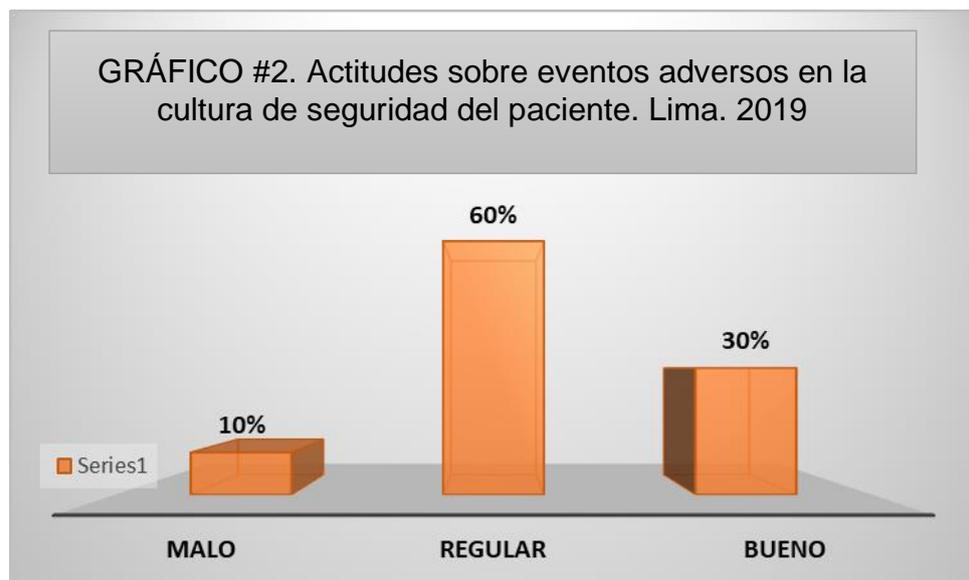
Atentamente,

MANUEL ALBERTO LACA BARRERA
38113 RNE 15410

ANEXO 8. Gráficos

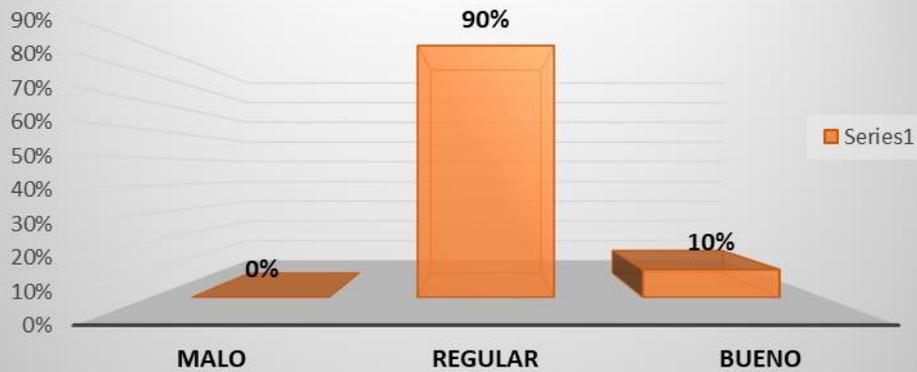


Fuente: elaborado por el investigador.



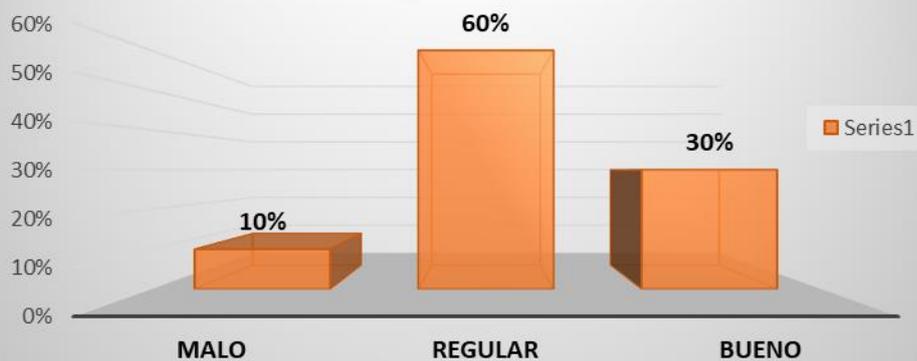
Fuente: elaborado por el investigador.

GRÁFICO #3. Conocimientos sobre seguridad del paciente y naturaleza de los eventos adversos. Lima. 2019



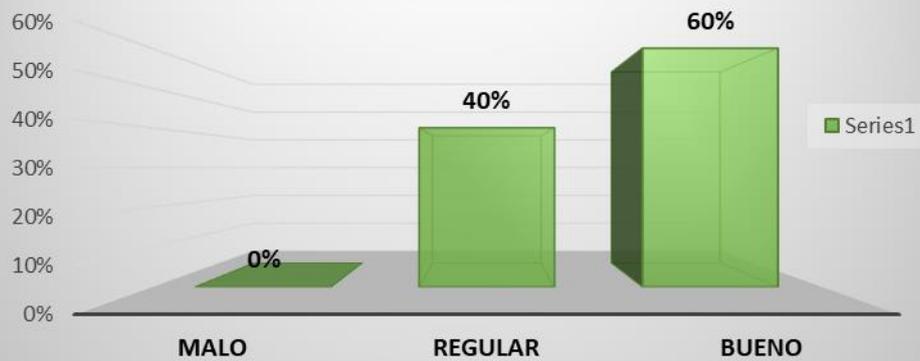
Fecha: 09/07/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

GRÁFICO #4. Conocimientos sobre notificación de eventos adversos. Lima. 2019



Fecha: 09/07/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

GRÁFICO #5. Conocimientos sobre medidas de prevención de los eventos adversos. Lima. 2019



Fecha: 09/07/2019 Fuente: elaborado por el investigador.

ANEXO 9

. Revisión de expertos



FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR:

ASESOR(A):

Validación de Instrumentos de recolección de datos

Estimado(a) señor (a) José Guizado Carrero

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para la fundamentación y desarrollo del proyecto denominado **“Conocimientos y actitudes del personal de salud sobre Eventos Adversos, Clínica Divino Niño Jesús. Lima”**

Acudimos o a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

1.- Identificación del experto (a)

Nombres y apellidos
José Guizado Carrero

Centro laboral
Clínica Divino Niño Jesús

Título profesional
Lic. Psicología.

Grado
.....

Mención
.....

Institución donde lo obtuvo
.....

Otros estudios
.....

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores para ser evaluados con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexoNº1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al básico 2: Básico 3: Intermedio 4: Sobresaliente 5: Muy sobresaliente

INDICADORES	CATEGORÍAS				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada(visión general)				X	
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa , sin ambigüedades (claridad y presión)				X	
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables					X
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto(pertinencia y eficacia)					X
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido(validez)					X
8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10. Los ítems del instrumentos , son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado(inocuidad)				X	
12. Calidad en la redacción de los ítems(visión general)					X
13. Grado de objetividad del instrumentos (visión general)				X	
14. Grado de relevancia del instrumento(visión general)				X	
15. Estructura básica del instrumento(organización)					X
Puntaje parcial					
Puntaje total					

Nota de índice de validación del juicio del experto (I_{vje}) = {puntaje obtenido/ 75} x 100=.....

Fuente: elaborado por el investigador.

4. Escala De Validación

Muy baja 00-20%	baja 21-40%	regular 41-60%	Alta 61-80%	Muy alta 81-100%
El instrumento de la investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere de reajuste para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuando más se acerque el coeficiente a cero (0.), mayor error habrá en la validez

5.- Conclusión general de la validación sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El trabajo está bastante bien. Las preguntas son bastante concretas a excepción de dos:

1. "Usted cree que los errores se producen por casualidad"

2. "Los servicios de Hospit. Emer., Sed y CE coordinan bien entre ellos."

6.- Constanza de juicio de expertos

El que suscribe, Jose Efraim Guizado Cordero identificado con DNI N°..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el Licenciado Alexander Quispe Casanova

Firma: _____

CLÍNICA DIVINO NIÑO JESUS

 JOSÉ EFRAIM GUIZADO CORDERO
 Psicólogo
 C.P.P. 4071

Lima, ___ de _____ del 2019.



FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR:

ASESOR(A):

Validación de Instrumentos de recolección de datos

Estimado(a) señor (a) Orlando Diaz Fernandez

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para la fundamentación y desarrollo del proyecto denominado **“Conocimientos y actitudes del personal de salud sobre Eventos Adversos, Clínica Divino Niño Jesús. Lima”**

Acudimos o a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

1.- Identificación del experto (a)

Nombres y apellidos
Orlando Diaz

Centro laboral
Clínica Divino Niño Jesús

Título profesional
Medico Cirujano

Grado
.....

Mención
.....

Institución donde lo obtuvo
.....

Otros estudios
.....

Fuente: elaborado por el investigador.

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores para ser evaluados con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexoNº1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al básico 2: Básico 3: Intermedio 4: Sobresaliente 5: Muy sobresaliente

INDICADORES	CATEGORÍAS				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada(visión general)					X
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa , sin ambigüedades (claridad y presión)				X	
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables					X
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto(pertinencia y eficacia)				X	
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido(validez)				X	
8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10. Los ítems del instrumentos , son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado(inocuidad)					X
12. Calidad en la redacción de los ítems(visión general)				X	
13. Grado de objetividad del instrumentos (visión general)					X
14. Grado de relevancia del instrumento(visión general)					X
15. Estructura básica del instrumento(organización)					X
Puntaje parcial					
Puntaje total					

Nota de índice de validación del juicio del experto (Ivje) = {puntaje obtenido/ 75} x 100=.....

Fuente: elaborado por el investigador.

4. Escala De Validación

Muy baja 00-20%	baja 21-40%	regular 41-60%	Alta 61-80%	Muy alta 81-100%
El instrumento de la investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere de reajuste para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuando más se acerque el coeficiente a cero (0.), mayor error habrá en la validez

5.- Conclusión general de la validación sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El cuestionario sobre conocimientos está bien formulado y en el cuestionario de actitud se observan algunas preguntas. "Los procedimientos de la institución son buenos para evitar errores en la parte asistencial. Se le informa de los errores que ocurren en sus SERU."

6.- Constancia de juicio de expertos

El que suscribe, Orlando Díaz Fernández, identificado con DNI N° 09654021 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el Licenciado Alex Quijpe Casanueva.

Firma: _____


Dr. Orlando Díaz Fernández
CMP: 39500
MÉDICO CIRUJANO

Lima, 24 de mayo del 2019.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR:

ASESOR(A):

Validación de Instrumentos de recolección de datos

Estimado(a) señor (a) Hector Riese Chauvis

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para la fundamentación y desarrollo del proyecto denominado **“Conocimientos y actitudes del personal de salud sobre Eventos Adversos, Clínica Divino Niño Jesús. Lima”**

Acudimos o a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

1.- Identificación del experto (a)

Nombres y apellidos
Hector Riese Chauvis.

Centro laboral
CLINICA DIVINO NIÑO JESUS.

Título profesional
MEDICO CHAUVIS.

Grado
.....

Mención
.....

Institución donde lo obtuvo
.....

Otros estudios
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores para ser evaluados con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexoNº1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al básico 2: Básico 3: Intermedio 4: Sobresaliente 5: Muy sobresaliente

INDICADORES	CATEGORÍAS				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada(visión general)				X	
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa , sin ambigüedades (claridad y presión)					X
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables					X
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto(pertinencia y eficacia)					X
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido(validez)				X	
8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10. Los ítems del instrumentos , son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado(inocuidad)					X
12. Calidad en la redacción de los ítems(visión general)				X	
13. Grado de objetividad del instrumentos (visión general)					X
14. Grado de relevancia del instrumento(visión general)					X
15. Estructura básica del instrumento(organización)					X
Puntaje parcial					
Puntaje total					

Nota de índice de validación del juicio del experto (Ivje) = {puntaje obtenido/ 75} x 100=.....

Fuente: elaborado por el investigador.

4. Escala De Validación

Muy baja 00-20%	baja 21-40%	regular 41-60%	Alta 61-80%	Muy alta 81-100%
El instrumento de la investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere de reajuste para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuando más se acerque el coeficiente a cero (0.), mayor error habrá en la validez

5.- Conclusión general de la validación sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Quitar el ítem 1, se hace sugerencia

.....

.....

.....

6.- Constancia de juicio de expertos

El que suscribe *José Carlos Heer* identificado con DNI N° *43000000* Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el Licenciado *ales Jose Carrero*

Firma: 



Lima, *21* de *Mayo* del 2019.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

AUTOR:

ASESOR(A):

Validación de Instrumentos de recolección de datos

Estimado(a) señor (a) Shirley Ludena Riveros

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para la fundamentación y desarrollo del proyecto denominado **“Conocimientos y actitudes del personal de salud sobre Eventos Adversos, Clínica Divino Niño Jesús. Lima”**

Acudimos o a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

1.- Identificación del experto (a)

Nombres y apellidos
Shirley Ludena Riveros

Centro laboral
Clínica Divino Niño Jesús

Título profesional
Maio Cirujano

Grado
.....

Mención
.....

Institución donde lo obtuvo
Universidad San Juan Bautista

Otros estudios
.....

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores para ser evaluados con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexoNº1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al básico 2: Básico 3: Intermedio 4: Sobresaliente 5: Muy sobresaliente

INDICADORES	CATEGORÍAS				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada(visión general)					X
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa , sin ambigüedades (claridad y presión)					X
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables				X	
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto(pertinencia y eficacia)					X
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido(validez)					X
8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10. Los ítems del instrumentos , son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado(inocuidad)					X
12. Calidad en la redacción de los ítems(visión general)				X	
13. Grado de objetividad del instrumentos (visión general)				X	
14. Grado de relevancia del instrumento(visión general)					X
15. Estructura básica del instrumento(organización)					X
Puntaje parcial					
Puntaje total					

Nota de índice de validación del juicio del experto (lvje) = {puntaje obtenido/ 75} x 100=.....

Fuente: elaborado por el investigador.

4. Escala De Validación

Muy baja 00-20%	baja 21-40%	regular 41-60%	Alta 61-80%	Muy alta 81-100%
El instrumento de la investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere de reajuste para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuando más se acerque el coeficiente a cero (0.), mayor error habrá en la validez

5.- **Conclusión general de la validación sugerencias** (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Las preguntas son bastantes específicas sobre el tema que debe investigar. El tema abordado mucho para mejorar la calidad de atención al paciente

6.- **Constancia de juicio de expertos**

El que suscribe, Shirley Luderia..... identificado con DNI N° 44010001 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el Licenciado Alexander Gushe Casanueva.....

Firma: _____


Shirley Luderia
Licenciada en Psicología
DNI N° 44010001

Lima, 28 de 5 del 2019.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR:

ASESOR(A):

Validación de Instrumentos de recolección de datos

Estimado(a) señor (a) Karla Ormaño Briceno

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para la fundamentación y desarrollo del proyecto denominado **“Conocimientos y actitudes del personal de salud sobre Eventos Adversos, Clínica Divino Niño Jesús. Lima”**

Acudimos o a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

1.- Identificación del experto (a)

Nombres y apellidos
Karla Ormaño Briceno

Centro laboral
Clinica Divino Niño Jesús

Título profesional
Médico Cirujano

Grado
+

Mención
+

Institución donde lo obtuvo
U

Otros estudios
.....

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores para ser evaluados con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexoNº1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al básico 2: Básico 3: Intermedio 4: Sobresaliente 5: Muy sobresaliente

INDICADORES	CATEGORÍAS				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables					X
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido (validez)				X	
8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					
10. Los ítems del instrumentos, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12. Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13. Grado de objetividad del instrumentos (visión general)					X
14. Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15. Estructura básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial					
Puntaje total					

Nota de índice de validación del juicio del experto (I_{vje}) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

Fuente: elaborado por el investigador.

4. Escala De Validación

Muy baja 00-20%	baja 21-40%	regular 41-60%	Alta 61-80%	Muy alta 81-100%
El instrumento de la investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere de reajuste para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuando más se acerque el coeficiente a cero (0.), mayor error habrá en la validez

5.- Conclusión general de la validación sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Se ha encontrado que el instrumento es práctico y está de acuerdo a los objetivos planteados para el trabajo de investigación

6.- Constancia de juicio de expertos

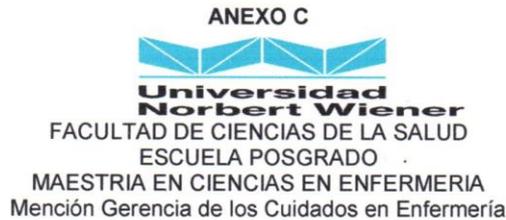
El que suscribe, *Karla Jimena Bureto* identificado con DNI N° *2.155.79.12* Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el Licenciado *Alex Quipe Casanova*

Firma: *Karla Bureto*

Lima, 27 de Mayo del 2019.

Fuente: elaborado por el investigador.

ANEXO 9. Muestra de respuesta de instrumentos 1 y 2



Técnica: Entrevista.

Instrumento: Escala de Calificación.

I. OBJETIVO:

Recolectar datos de los profesionales de salud acerca de conocimientos sobre eventos adversos y actitudes de la cultura de seguridad, de la Clínica Divino Niño Jesús.

ii. INTRODUCCION:

Soy el Lic. Alexander Quispe Casanova, y de acuerdo al objetivo señalado, mucho le agradeceré responder dos instrumentos, el 1° es la escala de Likert con 28 ítems y en la segunda parte se le presenta un cuestionario de 20 preguntas de opción múltiple, de las cuales sólo una es la respuesta correcta y las otras alternativas son distractores, no requerimos se identifique, sólo necesitamos su veracidad. Muchas Gracias.

III. DATOS GENERALES:

- 3.1. Edad en años:
- 3.2. Sexo: Varón Mujer
- 3.3. Profesión: Médico Enfermero(a)
- 3.4. Estudios de Post Grado: Maestría Doctorado Otros
- 3.5. Tipo de contratación: Planilla Contrato Parcial Cas
- 3.6. Tiempo que lleva laborando en la institución: < 1 año 1-5
años > 5 años.
- 3.7. Cuantos años de experiencia profesional tienen: 1-4 años 5-
10 años +10 años
- 3.8. Se ha capacitado en seguridad del paciente en el último año: SI
NO

Fuente: elaborado por el investigador.

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

A continuación, se presenta la Escala de Likert.

Marcar con una (+) la respuesta que crea conveniente.

Nº	ITEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
A	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NATURALEZA DE LOS EVENTOS ADVERSOS.					
1	Usted cree que no se deben producir más errores por casualidad.		X			
2	Usted cree que en su institución nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.			X		
3	En su institución hay problemas relacionados con eventos adversos.		X			
4	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la parte asistencial.	X				
5	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.			X		
6	A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.			X		
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.		X			
8	Los diferentes servicios de la clínica no se coordinan bien entre ellos.		X			
9	Hay buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.				X	
B	NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS					

Fuente: elaborado por el investigador.

10	Se notifican los eventos adversos que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.				X	
11	Se notifican los eventos adversos que previsiblemente no van a dañar al paciente				X	
12	Se notifican los eventos adversos que no han tenido consecuencias por mínimas que sean en el paciente.				X	
13	Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					X
14	Si los compañeros o los superiores se enteran que has cometido un error, lo utilizan en tu contra.			X		
15	Cuando se detecta algún fallo antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	X				
16	Cuando se comete algún error el personal teme que eso quede en su expediente	X				
c	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS					
17	La actualización permanente permite actuar inmediatamente ante un EA.	X				
18	Tenemos actividades dirigidas a la seguridad del paciente y prevención de eventos adversos.				X	
19	Cuando se detecta algún evento adverso en la atención al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.				X	
20	El personal se apoya mutuamente para disminuir la carga laboral.			X		
21	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.			X		

Fuente: elaborado por el investigador.

22	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.			X		
23	Se nos informa de los errores que ocurren en nuestro servicio.			X		
24	En mi servicio discutimos de qué manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir.		X			
25	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas de prisa que es inevitable no cometer un error.	X				
26	La administración de la clínica verifica periódicamente las barandas de las camillas para evitar riesgo de caídas.				X	
27	La administración de la clínica nos da charlas en manejo de estrés para evitar eventos adversos.					X
28	Los servicios trabajan de forma coordina para para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.				X	

Fuente: elaborado por el investigador.

ANEXO D



**Universidad
Norbert Wiener**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS EN ENFERMERIA
Mención Gerencia de los Cuidados en Enfermería

A continuación, se le presenta el cuestionario antes mencionado, favor responder las preguntas. No omitir ninguna. Muchas Gracias.

- 1.- ¿En qué se basa la cultura de seguridad del paciente?
- a) En procedimientos acerca del tema de seguridad del paciente ante una causa.
 - b) En la identificación y análisis de los EA y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones a intervenir.
 - c) En cuidar la vida del paciente, evitando secuelas mayores para no sufrir lesiones posteriores.
 - d) En prevenir alguna lesión o daño del paciente durante su estadía hospitalaria.
 - e) Asegurar la supervivencia del paciente, evitando sufra consecuencias posteriores.
- 2.- ¿Qué es un evento adverso?
- a) El resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
 - b) El resultado de una atención en salud que de manera intencional produjo daño a un paciente.
 - c) La caída del paciente sin complicaciones y sin quejas.
 - d) La ausencia del efecto del medicamento en su adsorción y terapéutica del paciente.
 - e) El reconocimiento holístico del paciente.
- 3.- ¿Una de las siguientes situaciones más frecuentes en el ámbito hospitalario, que afecta la seguridad del paciente es:
- a. La dotación completa de personal calificado
 - b. El medio de transporte con mantenimiento adecuado
 - c. La capacidad resolutive de la institución de salud
 - d. El Control de las infecciones intrahospitalarias
 - e. El mal estado de equipos y deficientes materiales

- 4.- ¿Qué es un sistema de notificación de eventos adversos?
- a) Es un proceso basado en normas que se encargan de mejorar la calidad de atención del paciente.
 - b) Es el conjunto de reglas para controlar las incidencias de Eventos Adversos.
 - c) Es un agregado para resolver problemas que afectan la seguridad del paciente.
 - d) Es un sistema que se encarga de mejorar la seguridad del paciente.
 - e) Es un sistema que se tiene para sancionar al personal de salud.
- 5.- el protocolo para notificar un evento adverso consiste en:
- a) Planeamiento y organización; implementación de la ficha de registro y reporte de incidentes y eventos adversos; evaluación de la implementación de los instrumentos.
 - b) Reunión con los jefes de los departamentos de mantenimiento y servicios; capacitación de RCP los departamentos y servicios.
 - c) Campaña de difusión de los equipos de salud en prevención; Capacitación a todo el personal sobre la seguridad del paciente.
 - d) Reunión con los coordinadores de cada área involucrada.
 - e) Planeamiento y organización; implementación de la ficha de registro y reporte de incidentes y eventos adversos.
- 6.- ¿Cuáles son las barreras que impiden a un personal de salud notificar un evento adverso?
- a) Escaso conocimiento de un Evento Adverso.
 - b) El subregistro de Eventos Adversos cuando un error ha ocurrido.
 - c) Corrección de medidas correctivas que se debe documentar y por qué.
 - d) Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
 - e) Documentación engorrosa, que implica el hacer muchos trámites.
- 7.- ¿Para qué se utilizan los sistemas de notificación de eventos adversos?
- a) Despedir al trabajador que ocasiona el evento.
 - b) Garantizar la seguridad y mejora del paciente.
 - c) Pagar al paciente una indemnización.
 - d) Beneficiar al asegurado con el cobro del Evento Adverso.
 - e) Beneficiar a la empresa.

Fuente: elaborado por el investigador.

8.- ¿Qué datos debe tener una receta para que farmacia dispense medicamentos de alto riesgo?

- a) Los medicamentos que está indicando
- b) Nombre del paciente, medicamento y presentación, vía de administración y fecha correcta
- c) Con la fecha es suficiente
- d) No se necesita receta para vender algún medicamento
- e) Con el medicamento y la vía de administración es más que suficiente.

9.- El lavado de manos es una medida de la prevención de un evento adverso

- a) Si
- b) No

10.- Una comunicación oportuna, precisa y completa entre los miembros del equipo interdisciplinario previene los eventos adversos.

- a) Si
- b) No

ANEXO 10. Evidencia de realización de encuestas



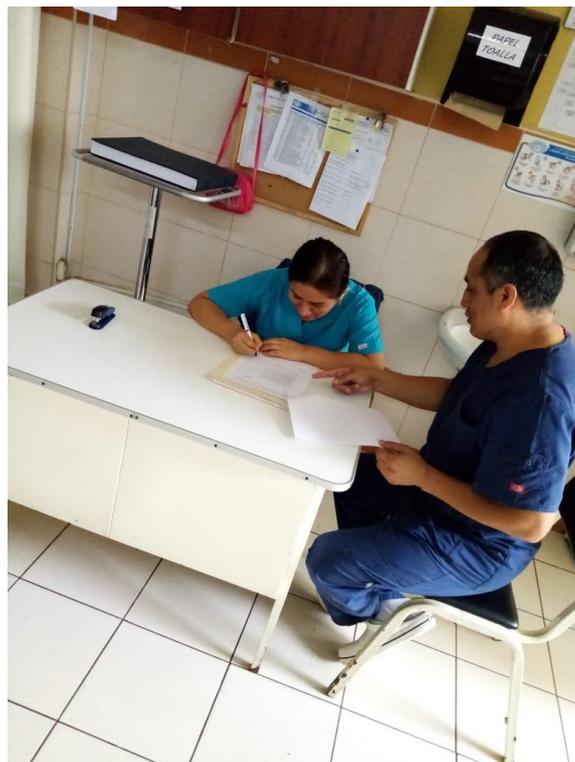
Fuente: elaborado por el investigador.



Fuente: elaborado por el investigador.



Fuente: elaborado por el investigador.



Fuente: elaborado por el investigador.