

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**Cultura de Seguridad y Adherencia al Lavado de Manos en Enfermeros de Centro
Quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024**

Línea de Investigación: Enfermería y Gestión en Salud

Autoras:

Del Pino Inuma Roxana Patricia

Cabanillas Gutiérrez Pierina Milagros

Jurado Evaluador:

Presidente: Uribe Orellana Marina

Secretaria: Chávez Luna Victoria Vilma del Milagro

Vocal: Silva Gamarra Gladys Wendy

Asesora:

Lau Cabanillas Rosa Amalia

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7818-555X>

Trujillo – Perú 2024

Fecha de sustentación: 2024/10/15

Cultura de Seguridad y Adherencia al Lavado de Manos en Enfermeros de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

40%

★ hdl.handle.net

Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

Declaración de originalidad

Yo, LAU CABANILLAS ROSA AMALIA, docente de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en Centro Quirúrgico, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesora de la tesis titulada "Cultura de Seguridad y Adherencia al Lavado de Manos en Enfermeros de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024.", autoras: CABANILLAS GUTIÉRREZ PIERINA MILAGROS Y DEL PINO INUMA ROXANA PATRICIA, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 13 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 04/11/2024
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo 04 de noviembre del 2024

LAU CABANILLAS ROSA AMALIA

Apellidos y nombres de la asesora

DNI: 18003862

ORCID: 0000-0001-7818-555X

FIRMA




(Firma) / 133 6 8

CABANILLAS GUTIÉRREZ PIERINA MILAGROS

Apellidos y nombres de la autora

DNI: 45348435

FIRMA

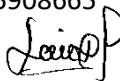


DEL PINO INUMA ROXANA PATRICIA

Apellidos y nombres de la autora

DNI: 45908665

FIRMA



DEDICATORIA

A Dios, por guiarme en cada paso de este viaje académico y darme la fuerza para perseverar. Te agradezco por ser mi fuente de fortaleza y entendimiento en este logro académico.

A mi mamá Haydee que se encuentra descansando ahora en el señor, siempre confió en mí, me motivaba en todo momento a seguir adelante y ser fuerte a pesar de las dificultades que encontramos en el camino.

A mis amadas hijas Valentina y Alessia: por acompañarme en este proceso académico mediante sacrificios, siempre fueron mi motivación para obtener este logro.

A mi hermana Heydi y papá Pedro por confiar en mí y por su apoyo incondicional en todo momento.

Pierina Milagros

DEDICATORIA

A Dios, por darnos sabiduría y conocimiento para realizar la presente investigación, cuyo fin principal es el bienestar y pronta recuperación de los pacientes del HRDT.

A mis padres por estar a mi lado, proporcionándome el apoyo necesario para lograr mis objetivos personales, laborales y académicos.

Roxana del pino

AGRADECIMIENTO

Principal agradecimiento a Dios por proveer todos los recursos necesarios en nuestra formación integral, por ser Señor, guía, fortaleza y esperanza en esta vida.

Agradecemos a nuestras familias por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de nuestra formación académica.

Agradecemos al hospital Regional Docente de Trujillo por facilitarnos sus instalaciones para la ejecución de nuestra investigación.

Agradecemos a nuestra asesora Dra. Lau por trabajar esta investigación con mucha solicitud y esmero, involucrándose por entero en nuestro trabajo hasta obtener el resultado final.

Agradecemos a nuestros colegas enfermeros y compañeros de trabajo de centro quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo por aceptar participar del presente estudio de investigación.

A nuestras docentes y amigas Gessy Rodríguez y Paola Cerdán Gavidia por su apoyo y sugerencias en la presente investigación, las apreciamos mucho.

Pierina y Roxana

RESUMEN

La investigación realizada, de tipo descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeros de centro quirúrgico HRDT-2024. La muestra fue de 46 enfermeros, sobre quienes se aplicó una encuesta sobre cultura de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado por las autoras, también la observación directa para medir la adherencia al lavado de manos de la OMS, implementado por el MINSA (2016). Los resultados muestran que el nivel de cultura de seguridad de los enfermeros de centro quirúrgico del HRDT 2024, es fuerte en un 60.9 por ciento y débil en un 39.1 por ciento. Así mismo, la adherencia al lavado de manos es buena en un 54.3 por ciento, regular en el 37 por ciento, mientras que el 8.7 por ciento tiene una adherencia al lavado de manos mala. Se concluye que no existe una relación significativa entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeros, siendo confirmada en la prueba de hipótesis Chi Cuadrado: 0.3311 y la significancia estadística de $p=0.8474 (> 0.05)$

Palabras clave: cultura de seguridad, lavado de manos, enfermeros, centro quirúrgico.

ABSTRACT

The research carried out is applied, of a descriptive correlational type, whose objective was to determine the relationship between the level of safety culture and adherence to hand washing in nurses at the HRDT-2024 surgical center. The sample was 49 nurses, to whom the self-administered survey on safety culture from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and direct observation were applied to measure adherence to hand washing from the WHO, implemented by the MINSA. (2016). The results show that the level of safety culture of the HRDT 2024 surgical center nurses is strong at 60.9 percent and weak at 39.1 percent. Likewise, adherence to handwashing is good in 54.3 percent, fair in 37 percent, while 8.7 percent have poor adherence to handwashing. Chi Square Test: 0.3311, p value= 0.8474 (> 0.05)

Keywords: safety culture, hand washing, nurses, surgical center.

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

De acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, estimamos conveniente presentar nuestra tesis titulada: “Cultura de seguridad y adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024” cuyo propósito es obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en centro quirúrgico, para lo cual reconocemos la invaluable labor que ejercen nuestros docentes en la formación de profesionales especialistas cuyo perfil favorezca al cuidado técnico y científico de paciente y cuyo fruto plasmado en sus especialistas sean de aliciente para continuar en esta hermosa labor educativa. Nuestro trabajo pretende también aportar a la sociedad las experiencias adquiridas en esta hermosa especialidad, recabando bibliografía y un análisis exhaustivo que explicar los resultados obtenidos.

MIEMBROS DEL JURADO

Nombres y apellidos

Presidente

Nombres y apellidos

Secretaria

Nombres y apellidos

Vocal

Trujillo, 15 de octubre del 2024

ÍNDICE O TABLA DE CONTENIDOS

| | PAG |
|---|------------|
| DEDICATORIA | ii-iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| PRESENTACIÓN | vii |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS | ix |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | x |
| I. INTRODUCCIÓN | 01 |
| II. MARCO DE REFERENCIA | 08 |
| III. METODOLOGÍA | 25 |
| IV. RESULTADOS | 30 |
| V. DISCUSIÓN | 37 |
| CONCLUSIONES | 42 |
| RECOMENDACIONES | 43 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 44 |
| ANEXOS | 56 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA IV-1: NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2024..... | 30 |
| TABLA IV-2: ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2024..... | 32 |
| TABLA IV-3: CULTURA DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024..... | 34 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO IV-1 NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2024 | 31 |
| GRÁFICO IV-2 ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2024..... | 33 |
| GRÁFICO IV-3 CULTURA DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024 | 35 |

I. INTRODUCCIÓN

El paciente tiene la seguridad con la disminución de errores y ausencia de complicaciones, en el accionar del personal de salud para prevenirlos(1); sin embargo, a nivel mundial las estadísticas, existe diez millones de usuarios lesionados o muertos debido a actos inseguros ocasionados por el personal sanitario, evidenciándose que, el peligro de fallecer por una atención sanitaria es de uno por cada trescientas atenciones, esta cifra es alarmante y con solicitud exhorta a todos los países del mundo (2), a brindar una mayor atención a la cultura de seguridad (CS) del personal de salud en toda institución sanitaria para fortalecer los sistemas de seguridad y vigilancia sanitaria (3).

Es así que, la Universidad de Harvard- USA, detectó problemas de seguridad en la asistencia sanitaria, pues el 4% de los usuarios atendidos en un establecimiento de salud presentó lesiones durante su estancia hospitalaria, siendo el setenta por ciento del daño temporal y el 14% culminó en fallecimiento, estimando que, entre 44.000 a 98.000 individuos encuentran la muerte como consecuencia de actos inseguros del personal de salud, superando a la muerte debido a accidentes de tránsito, cáncer de seno y síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA) (4).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la salud (OMS) , 2019, informa que anualmente casi un millón de pacientes que se encuentran hospitalizados, fueron afectados por Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), el mismo que expone la elevada incidencia de casos en naciones caracterizadas por su limitado y moderado nivel de ingresos económicos, siendo un problema con repercusiones internacionales que preocupan al sistema sanitario, pues 1 de 20 pacientes va adquirir una infección por patógenos multirresistentes, sólo por estar hospitalizado, lo que llevaría consigo la muerte y un gasto elevado en salud (1, 5).

En Europa, el estudio de resistencia a las drogas e infecciones, informa que, anualmente se produce una mortalidad de 700 000 pacientes por infecciones nosocomiales y se considera que, si no se usan estrategias sanitarias para la seguridad del paciente que las atenúen, en el año 2050 la tasa de infecciones intrahospitalarias se incrementará a diez millones de personas (6). Dichas

afecciones, provocadoras de una extensión prolongada de hospitalización, conllevan a un sustancial desembolso económico anual por indemnizaciones ascendente a cuatrocientos millones anuales, por lo que, bajo una Cultura de Seguridad de la paciente debilitada, estas infecciones han sido identificadas como una de las diez principales causas de mortalidad y discapacidad a escala global (7).

Del mismo modo, los datos estadísticos sobre pacientes fallecidos en diferentes nosocomios de Europa corroboran deficientes condiciones ambientales y de hacinamiento durante su atención, según el Dr. Grossman L, en uno de sus escritos, describe el desconocimiento de las medidas de asepsia y antisepsia, desinfección y esterilización de las personas que trabajan en salud resaltando que en el año 1865 los cirujanos afilaban el bisturí en sus botas antes de ingresar a quirófano y realizar incisiones (8).

En Latinoamérica, Ecuador presenta elevadas tasas de mortalidad por patologías no asociados al motivo de internamiento y como causa principal las infecciones nosocomiales, es por ello que es considerado dentro del puesto 43 de todos los países a nivel mundial, hecho que resalta la relevancia del personal de salud, en especial el de los enfermeros por la naturaleza de sus actividades y funciones asistenciales, exhortándoles a la realización de su labor de manera adecuada poniendo en práctica la antisepsia de manos para aminorar las altas tasas de morbi-mortalidad (9).

También en naciones con ingresos económicos moderados y bajos, anualmente se originan 134 millones de daños al paciente, con una mortalidad de 2,6 millones (9), por lo que, según el Estudio iberoamericano de eventos Adversos (IBEAS) de los sucesos que atentan contra la seguridad del paciente; 13.27% se relacionan con la atención; 37.14% con las infecciones intrahospitalarias; 28.69% con procedimientos y 6,15 % con el diagnóstico. Las enfermedades más recurrentes fueron: 9,4% neumonía intrahospitalaria; 8,2% infecciones por herida quirúrgica; 7.2% las escaras por presión; 6.4% quirúrgicas, sepsis en un 5%, cuyo resultado fue 36.2% de eventos adversos (10).

En el Perú, en el año 2016 y 2018, se registró que, la Cultura de seguridad del personal del MINSA, Seguro Social (EsSalud), sistema sanitario, las Fuerzas

Armadas y de la Policía Nacional, presentó serias deficiencias en la seguridad del paciente, los resultados buscaron plantear mejoras, sin embargo los efectos fueron desalentadores puesto que en los años posteriores en los hospitales existía solamente un 21% del personal de salud que se les consideraba excelente o muy bueno en relación a la seguridad del usuario en su servicio (11).

También la Gerencia Regional de Salud la Libertad (GERESA-LL) informa que, en instituciones privadas, se han reportado infecciones en pacientes relacionadas al uso de dispositivos en un 90% y en el año 2016, las instituciones del estado, como el Hospital Regional de Trujillo (HRDT), Hospital Belén de Trujillo y el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, muestran altas tasas de infecciones de herida operatoria en colecistectomía y herniorrafías, por encima del 75 -90% asociadas a múltiples causas dentro de ellas las medidas de asepsia, Es así que el servicio de gineco obstetricia de enero a octubre del año 2022 reportó un total de 09 casos de infecciones de herida operatoria en partos por cesárea, con una incidencia acumulada de 0.99 por 100 partos cesárea, mayor al promedio nacional (0.91) para hospitales III 1, para el 2023 la vigilancia de infección de herida operatoria de cirugía de cadera se realiza el seguimiento en este año, se evidencio en abril un caso lo que da una tasa de incidencia acumulada de 25x100 de intervenciones de cadera (12).

El HRDT, establecimiento de tercer nivel, referente de la región la Libertad y recibe seres humanos para su atención especializada, recuperativa y de rehabilitación de la salud a través de sus unidades productoras, como la quirúrgica para ofrecer las mejores condiciones al alta del paciente, sin embargo, existe una exposición a riesgos que afectan la seguridad, prolongando la estancia hospitalaria, por lo que ha implementado un plan de supervisión, prevención y control de dichos riesgos (13).

De lo anterior, se tiene constancia que, una de las medidas que contribuyen a proporcionar seguridad a un paciente en un establecimiento de salud, evitando la diseminación de agentes patógenos, es la higiene y con ello el lavado de manos (14); no así, hace un tiempo atrás, en Europa, Londres, con la muerte de puérperas, se puso al descubierto que el personal al no lavarse las manos, llevaba microorganismos que genero una alta morbimortalidad de gestantes que acudían

para ser atendidas, por ello en Francia, un hospital era considerado como la casa del crimen por la alta tasa de muertes de las pacientes quienes presentaban fiebre puerperal (15).

Los resultados reportados a nivel internacional y local afectan y obstaculizan el logro de los objetivos del desarrollo sostenible como; la salud y bienestar del ser humano que busca aminorar las causas que generan su detrimento, por ello la OMS, establece en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que uno de sus objetivos, es lograr que los profesionales puedan realizar el adecuado lavado de manos para prevenir eventos lesivos a los pacientes, evitando las IAAS, bajo el lema “Un cuidado limpio es un cuidado seguro” que busca el compromiso del usuario, los profesionales y de la industria sanitaria (16).

Dichas afecciones que atentan contra la seguridad del paciente y son entre el cinco y el diez por ciento del total de las infecciones hospitalarias es un problema relevante de seguridad, en cuya etiología multifactorial está inmerso el accionar humano, pues los patógenos son transmitidos por el personal de salud al paciente, las mismas que pueden prevenirse si se aplican medidas sanitarias básicas de seguridad en el cuidado al paciente (17, 18).

El personal de enfermería, en el cumplimiento de sus funciones y sus actividades asistenciales de contacto directo con el paciente, se encuentran vulnerables a contraer microorganismos, convirtiéndose en personas altamente contaminantes y transmisores de agentes patógenos de tal manera que, es necesario la adopción de medidas sanitarias de bioseguridad y de protección como es el lavado de manos, para reducir las infecciones cruzadas, medida que aunque es normada por la OMS, existe un evidente incumplimiento por parte de los agentes sanitarios (19).

Es por ello que, el Ministerio de salud (MINSA), como entidad sanitaria reguladora del control y la promoción de la salud busca recuperarla en condiciones ambientales de salubridad, y ante la realidad antes mencionada, le concierne aceptar que los agentes sanitarios pueden colaborar o no para disminuir los peligros en la atención al paciente (20, 21). Es ahí que vigoriza la instauración de la cultura orientada hacia la seguridad del paciente, donde considera la higiene de manos, la

cirugía exenta de riesgos, la eliminación total de infecciones, entre otros, pero muchas de estas medidas no son aplicadas por el personal sanitario, pese a ello se sigue un Programa Nacional para la seguridad del paciente, buscando que en todos los servicios se identifiquen los hechos, se analicen y expresen con planes de mejora, aplicando estrategias en medidas de bioseguridad (22, 23).

La aplicación de la higiene de manos, el empleo proporcionado y seguro de desinfectantes, la provisión apropiada y distribución de antisépticos y esterilizantes es esencial en la práctica médico quirúrgica (24, 25) pero a pesar de que existen muchas oportunidades para ello, coexisten también factores vinculados a la falla en su práctica debido al aumento en la carga laboral, la desinformación de protocolos, la incredulidad, la ausencia de políticas en seguridad, resultando en datos estadísticos elevados de IAAS (26).

No se debe pasar por alto que, el derecho a mantener una buena salud es irrevocable, por lo mismo, el equipo quirúrgico del HRDT, deben promover y ejecutar medidas sanitarias para proteger al paciente quirúrgico en su estado más alto de vulnerabilidad y dependencia, según las competencias del equipo de enfermería, proporcionando seguridad en su atención, lo cual evitaría y minimizara los riesgos expuestos anteriormente (27, 28).

Asimismo, se observa que el personal de enfermería que trabajan en el Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo en su quehacer laboral mantienen contacto directo con el material quirúrgico, equipos biomédicos, pacientes con comorbilidades y múltiples patologías, sistemas de drenajes y otros profesionales de la salud, los mismos que son vectores para transmitir microorganismos patógenos de manera masiva debido a que existe una alta demanda de pacientes, que la hacen susceptible a producir infecciones cruzadas, por lo que, es vitalmente importante el fomento de la cultura de seguridad y el lavado de manos (12, 29).

De ahí el interés por estudiar dicho tema en los enfermeros, ya que también le anteceden los diferentes sucesos documentados mundialmente, que impactan negativamente la salud del paciente y la calidad de atención del profesional de la salud, siendo la cultura de seguridad del paciente un elemento importante en la

administración de la calidad, por ello, es primordial prevenir sucesos fortuitos durante la asistencia, actuar rápidamente, enmendar errores y corregirlos. Cabe resaltar que para una atención segura es necesario los conocimientos, habilidades, aptitudes y las condiciones adecuadas para el mismo, los mismos que aportan junto a las estrategias sanitarias, la disminución del daño al paciente (30).

Teniendo presente las consideraciones descritas, nos planteamos el problema de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo 2024?

Justificación

La presente investigación tiene una justificación e importancia teórica pues recopila estudios de muchos teóricos de enfermería, así como también investigaciones sobre la cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos del personal de enfermería, las mismas que enriquecen el marco teórico, brindando soporte bibliográfico que mejora la comprensión. Los resultados de la investigación proporcionan también información que modifica y complementa lo que se conoce sobre el problema planteado, según los objetivos propuestos generando propuesta de estrategias que promuevan toma de conciencia y la mejora del área cognitiva sobre el tema, para mejorar la seguridad y la práctica del lavado de manos de los enfermeros, salvaguardando la seguridad del paciente.

La implicancia práctica de la investigación ostenta que, los resultados obtenidos de la investigación, servirán para que, en conjunto con los responsables de la toma de decisiones en la organización, puedan mejorar los sistemas y procesos, generando estrategias que redunden en la mejora del conocimiento y la práctica de la seguridad y adherencia al lavado de manos en el servicio de centro quirúrgico. Permitiendo la implementación de protocolos, capacitaciones, talleres, supervisión continua que ayuden a disminuir o moderar el impacto de eventos a futuro que pongan en riesgo la seguridad del paciente, de la misma manera el resultado del estudio servirá como base para generar investigaciones futuras, con información

actualizada de lo cual creara nuevas ventanas de conocimiento que fortalece la seguridad del paciente en centro quirúrgico.

A nivel metodológico se justifica dado que sigue un proceso sistemático riguroso lo que permite que los hallazgos tengan rigor científico, por lo que el presente estudio empleó dos técnicas para la recolección de datos, cuya validez y confiabilidad son aptos para medir las variables de interés que, proporcionan resultados que al ser sometidos a pruebas estadísticas permitió el análisis de acuerdo a los objetivos planteados, proveyendo una base de datos para futuras investigaciones que aborden las mismas variables estudiadas.

También la investigación ostenta una relevancia social, pues los resultados promueven el autoanálisis del los enfermeros en relación a la cultura de seguridad y adherencia al lavado de manos y que con la implementación de estrategias se pueda reducir los actos u omisiones que pongan en riesgo al paciente, contribuyendo al logro del tercer objetivo del desarrollo sostenible a nivel mundial que es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, siendo un elemento crucial en la prestación de atención sanitaria de alta calidad. Este enfoque beneficia al paciente al tiempo que mitiga los riesgos asociados.

Finalmente, reviste importancia en el ámbito de la práctica del enfermero, pues propone datos reales que alimentan el conocimiento del profesional y dado que dirige su cuidado hacia pacientes en situaciones de vulnerabilidad, requiere en todo momento una conciencia plena de que las intervenciones llevadas a cabo en centro quirúrgicos deben ejecutarse de manera segura, aplicando rigurosamente el lavado de manos en toda la etapa perioperatoria.

1.2 Objetivos:

1.2.1 Objetivo General:

- Determinar la relación entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeros de centro quirúrgico HRDT-2024.

1.2.2 Objetivo Específico:

- Identificar el nivel de cultura de seguridad de los enfermeros de centro Quirúrgico HRDT-2024.
- Identificar la adherencia al lavado de manos de los enfermeros de centro Quirúrgico HRDT-2024.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco teórico:

La presente investigación sobre cultura de seguridad del paciente y adherencia al lavado de manos es consciente de que, el tema aborda aspectos de responsabilidad, de suma importancia que, conciernen no solo al personal de salud, sino también a las instituciones sanitarias, el gobierno central a través de sus políticas públicas y a los usuarios, debido a la socialización de los derechos relacionado a la atención del paciente (27).

Es así que los fundamentos relacionados a la seguridad del paciente no son recientes, pues debido a múltiples eventos adversos y prejuicios en contra del paciente este se ha ido estudiando tomando en cuenta teorías como la de Reason, conocida también como la “teoría del error o del queso suizo” el mismo que, explica cómo y por qué ocurren fallas o errores (32). La misma hace referencia que, el actuar de los miembros de una organización, como en este caso, los enfermeros de centro quirúrgico y sala de operaciones está determinada por ciertos factores, que se disponen como “rebanadas de queso”, creando las condiciones para que ocurra el fallo, esta teoría considera que dichos factores están asociados al tipo de liderazgo interno, las influencias externas de la organización, las condiciones previas al error y el actuar específico del humano por acción u omisión que lleva a una falla (33).

De igual manera la teoría del error, desde la perspectiva humana, hace mención que, toda persona es falible, por ello es importante crear sistemas

cada vez más seguros en los servicios de atención al paciente como lo es centro quirúrgico, “dándole la posibilidad al ser humano de valorar su actuar como incorrecto o correcto, aceptable o no, según las pautas y objetivos trazados en la organización” (34).

Del mismo modo, Reason afirma que la cultura de seguridad se encuentra conformada por cinco elementos: Cultura de la información, donde la estructura recoge y analiza la información luego brinda datos seguros; también está la cultura del reporte, en el que sus integrantes expresan problemas de seguridad sin miedo a sanciones, conscientes de la toma de medidas para subsanarlos; otro elemento es la cultura de aprendizaje en el que, la estructura se encuentra apta para reconocer sus errores y corregirlos; del mismo modo se encuentra la cultura justa, donde la equivocación de un acto inseguro no se sanciona pues es involuntaria, no así los actos osados e intencionados; por último se tiene a la cultura flexible donde una organización como la centro quirúrgico y quienes la conforman son aptos para adecuarse a la necesidad de cambio (35).

En la teoría antes mencionada, los enfermeros son considerados como una barrera para prevenir un evento fortuito, pues teniendo en cuenta las diversas particularidades de su quehacer, lograrían tratar o impedir un evento negativo para la seguridad del paciente (33, 34). Es así que los profesionales al brindar su cuidado de manera directa, muestran evidencias científicas sobre la labor ejercida y su repercusión en la seguridad del paciente, lo cual es respaldado por el consejo internacional de enfermeras, quienes trabajan para aminorar el crecimiento de dicha problemática que aqueja a la sociedad y garantizando que el cuidado sea cada vez más será seguro (36).

Existen también otras teorías como la teoría de la identidad social, en la que el ser humano, para optimizar su autoestima se identifica con un grupo, este a su vez, al generar intervenciones en materia de seguridad, potencia la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos, promoviendo el entrenamiento profesional y técnico; sumado a la anterior se

tiene a la teoría de la auto categorización, en el que el individuo se identifica con distintos subgrupos y renegocia de manera permanente su identidad, por lo que el servicio en el que se encuentra el enfermero, debe promover el refuerzo positivo, que se recompensa todo trabajo seguro, difundir los programas en pro de la seguridad y reforzar el autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, todo esto evita consecuencias negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad (37).

Organizaciones como la OMS, usan la terminología “seguridad del paciente” para referirse a la disminución de riesgos vinculados con la asistencia sanitaria, tomando en cuenta las evidencias científicamente probadas para reducirlas, detectarlas y afrontarlas con la finalidad de mitigar sus efectos en la vida y salud del paciente (38)

Es por ello que en las actividades realizadas por los enfermeros de centro quirúrgico y sala de operaciones, se deben facilitar los procesos y procedimientos, direccionando las actuaciones, tecnologías, sistemas de valores, y ambiente de atención a reducir los riesgos de forma constante y sostenible, para prevenir la aparición de daños evitables, con repercusiones en la calidad asistencial (39).

Es importante conocer que la cultura para Taylor E, 1871, hace referencia aquella creencia compartida que incluye saberes, arte, pautas de conducta, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere al ser parte de una determinada sociedad (40). En ese sentido nace la cultura de seguridad, la misma que es definida como aquella actitud personal y colectiva de los enfermeros, basada en principios y convicciones difundidas que, nacen de un conocimiento científico y de la práctica diaria, dirigidas a reducir al mínimo el daño al paciente garantizando la seguridad en su atención, cuya capacidad de aceptar errores y notificarlos a tiempo para el análisis satisfactorio, fomenta las estrategias de prevención (41).

También la CS tiene componentes, tales como: trabajo en equipo, pues al depender del profesional de la salud, es necesario que estos tengan las competencias que habiliten el ejercicio de sus funciones con el equipo quirúrgico, este componente también aplica para el trabajo entre servicios para el aprendizaje mutuo que permite sobrellevar de manera eficaz situaciones adversas, brindar apoyo cuando amerite y dar solución a errores o incidentes delicados (42).

Otro elemento crucial radica en la comunicación sustentada en la confianza, la cual facilita la resolución de problemas mediante la toma de decisiones, la planificación y el establecimiento de metas con miras a promover la responsabilidad compartida. En tercer orden, se destaca el componente de gestión/dirección interno a la estructura organizacional, enfocado en el desarrollo y potenciación de competencias para perfeccionar la actuación y desempeño de los miembros del equipo quirúrgico. Finalmente, se presenta el componente de supervisión, regido por la premisa de no sancionar los errores, fundamentándose en la noción de que la vergüenza y el temor asociados a la divulgación pública de errores constituyen obstáculos significativos para la instauración de un diálogo abierto (43).

La participación de los trabajadores de enfermería en la atención directa al paciente en los servicios de centro quirúrgico y sala de operaciones, pueden presentar riesgos ante una coordinación complicada de metodologías incorrectas, inadecuados equipos y de una mala relación entre compañeros, los mismos que tienen una probabilidad de producir eventos fortuitos que faciliten algún daño en el paciente (44).

En relación a lo anteriormente mencionado las enfermeras teoristas, Betty Neuman y Nola Pender aportan a este estudio en su modelo de sistemas de enfermería y promoción de la salud. Ambas teorías son aplicables a cualquier situación que enfrenta una enfermera. La teoría de sistemas concibe a la persona como el núcleo central del cuidado, destacando la relevancia del entorno en la respuesta de cada sistema a diversas

circunstancias. Considerar el entorno se erige como un aspecto crucial para establecer medidas preventivas ante eventos adversos. Esto brinda al profesional de enfermería la capacidad de ofrecer un cuidado integral, con el fin de obtener su bienestar, previniendo actos inseguros, facilitando una mayor comprensión del actuar de la persona en relación con la salud y promoviendo las conductas saludables en la atención al ser humano (45, 46).

La entidad encargada de la investigación sobre la seguridad de los pacientes, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ha creado herramientas cualitativas y cuantitativas como la encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente, Patient Safety Climate in Healthcare (PSCHO), Modified Stanford Instrument (MSI), para medir la cultura de seguridad en cualquier organización como el área quirúrgica, reconociendo que actualmente los métodos cualitativos la reflejan mejor, en relación a la evidencia del rigor psicométrico (47).

La encuesta reconoce que la cultura de seguridad posee 12 dimensiones: la primera es el trabajo en equipo, cuyos cuestionamientos se relacionan con el soporte, el respeto y la solidaridad en situaciones tranquilas y demandantes del equipo quirúrgico; la segunda dimensión aborda las expectativas y acciones de la dirección, supervisión y servicios para promover la seguridad, empleando como herramienta primordial la comunicación y la búsqueda de información vinculada a la seguridad del paciente. La tercera dimensión se centra en el aprendizaje organizacional y la mejora continua, ligado al aprendizaje desde los errores y el accionar para reforzar la seguridad; en cuarto lugar se encuentra el apoyo de la dirección en el servicio, cuyo interés es priorizar y crear un ambiente seguro; la quinta es la dimensión percepción de la seguridad, relacionado con la efectividad de los procedimientos (48).

La sexta dimensión es la retroalimentación y comunicación de errores, basada en la libertad de expresión en relación a la percepción de los riesgos a los que se expone al paciente, cuestionar acciones y en relación al tema;

la séptima es la franqueza en la comunicación a la dirección sobre los errores cometidos y los cambios realizados para prevenirlos; la octava es la frecuencia de eventos notificados, cuando se reporta los errores cometidos con o sin potencial de daño al paciente; el noveno es el trabajo en equipo entre servicios, se relaciona con la cooperación, coordinación y satisfacción por colaborar entre diversas áreas o servicios.(49).

La décima dimensión es la suficiencia de personal, como la disposición y disponibilidad del mismo para el trabajo; la décima primera alude a las complicaciones en los cambios de turno y transiciones entre servicios que se evidencia con el escape de información del paciente y finalmente esta la dimensión respuesta no punitiva a errores para evitar el uso negativo de la información para generar castigos lo cual genera represalias (50).

El desarrollo de la cultura de seguridad y el aprendizaje a partir de éxitos y fracasos de implementación de determinadas prácticas seguras es fundamental para conseguir un equilibrio entre la estandarización y el respeto a la autonomía profesional (51).

Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA), son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias: Abierta, cuando asume el fallo del sistema como origen de los accidentes; Justa, si no se imponen medidas punitivas; de aprendizaje: que interpreta los incidentes como posibilidades de mejora. Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas formas de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad y uso de sistemas de registro (52).

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos

entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas nos permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias. Los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización: un buen ejemplo es la implementación del listado de verificación quirúrgica de la OMS y el lavado de manos que ha suscitado resistencia (53).

Es así que, se puede decir que una de las medidas que promueven la salud y previenen la diseminación de enfermedades de persona a persona, como lo menciona la OMS, es la higiene de manos, la misma que ha emergido como una de las estrategias sanitarias más eficaces para mitigar eventos que amenazan la seguridad de los pacientes y originan infecciones cruzadas por parte del personal de salud (54).

Debido a que las infecciones transmitidas durante la estancia hospitalaria, son fácilmente transmitidas por el personal de salud, cuyos agentes patógenos son microorganismos multirresistentes que se encuentran en el ambiente sanitario, tenemos que mayormente los enfermeros por la naturaleza de sus funciones son los más proclives a estar en contacto con los pacientes en un servicio quirúrgica , exponiendo a los pacientes, si es que no se lavan las manos, a infecciones, actuar que también podría verse influenciada por la falta de insumos (55).

Cabe resaltar que la limpieza de manos se conceptualiza como aquella fricción energética que se ejerce de manera eficiente con agua y jabón para luego enjuagar con gran cantidad de agua, con la finalidad de erradicar toda clase de microorganismos, flora transitoria y residentes y de ésta manera evitar la diseminación de los agentes patógenos, teniendo como finalidad una adecuada limpieza para disminuir la posibilidad de realizar una infección cruzada (56).

Además, existen tres tipos de flora, entre ellos tenemos a la residente o colonizante que se encuentra en las células superficiales del estrato córneo de la piel teniendo a los microorganismos inofensivos en la epidermis cuando esta se encuentra íntegra. La flora residente tiene una función protectora entre los más conocidos están el *Staphylococcus hominis* y *propionibacteria* (57). También está la flora transitoria o contaminante, son aquellos microorganismos de la epidermis que se encuentran de manera temporal y se transmiten por interacción directa con los pacientes, profesionales o superficies contaminadas, regularmente se encuentra relacionada con infecciones intrahospitalarias estando inmersas las bacterias gram negativas como *Escherichia Coli*, *Pseudomonas*, *Serratia* y gram positivas como el *Staphylococcus Aureus*. Estos microorganismos se alojan en la epidermis por largos periodos, siendo el *Staphylococcus* el que más sobrevive (más de 2 horas en las manos). La flora temporal o llamada también flora infecciosa es conocida porque se reproduce y persevera por un tiempo corto en la epidermis, estos organismos son conocidos por hongos y bacterias que se encuentran en el hospital (58).

Así también se han encontrado tres tipos de limpieza de manos: el lavado social, eliminación espontánea de gérmenes y erradicación de agentes patógenos transitorios de la epidermis, utilizando agua y jabón de una manera enérgica con un tiempo estimado mayor a 15 segundos (60); el lavado clínico, utilizado en establecimientos de salud, realizado con un jabón antiséptico de amplio espectro, de rápida acción, mayormente utiliza la clorhexidina a concentraciones del 2% y por último el lavado de manos quirúrgico que es ejecutado por los especialistas de la salud antes de una cirugía, utilizando un jabón antiséptico como la clorhexidina al 4% (59).

La OMS ha evaluado los cinco momentos fundamentales del acto de lavado de manos, implementados como estrategia sanitaria con el propósito de incrementar la adhesión a las directrices de higiene. Estos momentos comprenden: previo a la interacción con el paciente (Nivel IB), previo a llevar a cabo procedimientos asépticos (como la inserción de catéter venoso central u otras intervenciones invasivas, administración de fármacos

intravenosos) (Nivel IB), posterior al contacto con fluidos corporales, secreciones, membranas mucosas o lesiones (Nivel IB), tras la interacción directa con el paciente (ej. toma de signos vitales, movilización del paciente) (Nivel IB), y finalmente, tras manipular objetos inanimados (equipamiento clínico en áreas cercanas al paciente) (Nivel IB) (60).

De igual manera, la mencionada entidad ha delineado el método para evaluar la conformidad con el protocolo de lavado de manos por parte de los trabajadores en el servicio de centro quirúrgico, consistente en la relación entre la cantidad de acciones ejecutadas y el número de oportunidades, expresada en términos porcentuales. Los momentos corresponden a las interacciones que acontecen en la zona del paciente durante la prestación de atención médica, es decir, los cinco momentos delineados por la OMS (61).

Siendo que el lavado es un proceso simple y económico y uno de los métodos más fáciles para evitar IASS, coopera en el restablecimiento de la salud y la seguridad del paciente, sin embargo, las dificultades principales para realizar el lavado de manos es la CS débil, la escasez de insumos en los servicios de salud y el acceso limitado por los profesionales sanitarios (62). Se han encontrado estudios de investigación a nivel internacional y nacional en el que, se ha podido brindar información sobre la técnica correcta de la higiene de manos pero los especialistas de la salud aún no se encuentran concientizados para realizar esta técnica correctamente. Conforme a las Normas presentadas por la OMS, se hace de conocimiento que el producto de base alcohólica (PBA) ayuda a erradicar la mayoría de microorganismos por un lapso de 20-30 segundos (63).

Adicionalmente se debe mencionar que la OMS establece que el personal de salud debe realizar el lavado de acuerdo a las necesidades del paciente y en los tiempos indicados, tomando en cuenta que la higiene de manos es un procedimiento eficaz en la disminución y transmisión de microorganismos, los requisitos son mantener las manos limpias, las uñas cortas y sin joyas, siendo de vital importancia que el profesional de la salud realice los pasos

de la forma correcta para poder brindar una atención segura (64).

Un inadecuado lavado de manos puede traer complicaciones muy serias así como resultados desafortunados con la diseminación de estos, logrando un incremento de las infecciones nosocomiales transmitidas por los profesionales de salud, por ello conservar una adecuada higiene de manos no es sólo una alternativa sino una obligación para ofrecer una atención segura. La adecuada comprensión de la forma de lavado tanto para los trabajadores de la salud como de los formadores y observadores provee de una herramienta confiable para medir la adherencia ofreciendo datos exactos que logren aminorar los riesgos (65).

La técnica más usada para valorar que se realice una buena higiene es la observación directa, es por ello que se ha tomado esta técnica para identificar de manera precisa el cumplimiento de un adecuado. Además esta técnica tiene ventajas tales como: la primera permitirá ver en tiempo real, en el momento preciso y durante el procedimiento y la segunda permitirá ver la congruencia que existe entre las técnicas, los significados y las ideas de conceptos que tienen y realizan el personal de salud, así como los observadores. Las desventajas de esta técnica son que al ser observado, el personal de salud puede realizar el procedimiento de manera equivocada y sentirse vigilados y el efecto de la credibilidad de los resultados que revela el observados acerca de la situación actual (66).

La profesión de enfermería es considerada humanista, se encuentra al servicio del paciente, durante su enfermedad, sufrimiento o rehabilitación, esta profesión se sustenta mediante su práctica diaria que le brindan fundamento científico- técnico, con el objetivo de asegurar una calidad segura en las instituciones sanitarias, que logra complacer las expectativas de los pacientes. De tal manera que, la calidad ha sido trasformada en un componente de los servicios sanitarios (67).

Al poner en marcha acciones de seguridad en la atención de un paciente se garantiza la protección de los daños o peligros a los que se encuentra

expuesto. De tal manera que la seguridad del paciente se verá incrementada, ya que el entorno laboral en donde se desempeña es seguro y al brindar la asistencia sanitaria, se reflejará en un ambiente positivo teniendo a un profesional estimulado y satisfecho por corresponder a ella y presentará comportamientos apropiados (68).

La CS para el paciente de una institución está conformado por profesionales competentes, que deben cumplir 2 razones imprescindibles: la primera es la aprobación de la calidad humana y la segunda es aquella aptitud que deben mejorar para mantener un buen comportamiento y postura. Si se respetan estas dos posiciones, los servicios sanitarios podrán brindar una atención segura. Además, la implementación de normativas de seguridad del paciente busca perfeccionar la atención, aspirando a proporcionar un alto estándar de calidad y erradicar las atenciones poco seguras con falencias económicas de una institución. Así también se debe incitar a los usuarios y pacientes para que se involucren en la atención proporcionando bastante información y colaboración en el desarrollo para su rehabilitación (69).

2.2. Antecedentes de estudio

En Europa, Melek Y , Dilek Ç , Enes B , Ayla G, Aydanur A y Bahar A, 2021, en Turquía, realizaron una investigación denominada: Cultura de seguridad del paciente entre enfermeras quirúrgicas. El estudio descriptivo realizado en 206 enfermeras que trabajan en centro quirúrgico de clínicas y quirófanos de 1 hospital universitario, 2 hospitales públicos y 1 hospital privado, utilizó un cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente para recopilación de datos. El resultado reveló que la percepción de la cultura de seguridad del paciente de enfermeras quirúrgicas estaba en un nivel medio, donde la tasa de respuesta positiva fue del 46%, 51% en el hospital universitario, 47% en el hospital privado y 43% en el público (70).

Otro estudio es el de Salazar Angela y Restrepo Diana, en el 2020, en

Colombia, realizaron una investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente en centros quirúrgicos de Antioquia, Colombia, “2019”, resultando en que la misma fue percibida por los enfermeros de manera positiva en 62% de los encuestados. Se destaca que los puntos de fortaleza son: el aprendizaje organizacional, como la mejora continua en 82,94%; trabajo en equipo con 82,94%. En cambio, los puntos débiles están en: respuesta no punitiva a errores 46,25%; y franqueza en comunicación 45,38% (71).

De la misma manera, Bloch Yissel et al en el 2019, en Paraguay, titularon su investigación: Cumplimiento del Protocolo de Lavado de Manos por profesionales de enfermería en un servicio de salud de la ciudad de Encarnación, marzo-julio del 2019. Los resultados revelaron que el 54% del personal de enfermería no sigue los protocolos de higiene de manos, mientras que el 85% no observa los cinco momentos, registrándose una baja adherencia del 8% en el momento cinco (72).

Sumado a ello, López Leydi et al en el 2019, en Ecuador, realizaron un trabajo sobre “Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería” evidenciaron que el 15% de las enfermeras cumplen plenamente los cinco momentos del cuidado higiénico de manos, siendo el tercer momento el más observado con un 14% (73).

Nivel Nacional,

Larico Y, Rosas M y Muter K. en Tacna, 2021, investigaron: cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería en Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú. El objetivo fue: determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. La investigación cuantitativa, no experimental, descriptivo y transversal realizado en quince 15 licenciadas y 12 técnicos, utilizo un cuestionario La mejor característica en las enfermeras fue el contacto con el paciente (92 %). En cuanto a las dimensiones, en la mayoría de indicadores los resultados fueron neutrales (punto medio), específicamente en la dimensión de cultura de comunicación, en las de

cultura de seguridad, seguridad a nivel de servicio, y cultura de seguridad a nivel del hospital. Conclusión: La mejor característica que presentan las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico es el acercamiento al paciente con un 92,6 % y en cuanto a los indicadores de las dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente es el aprendizaje organizacional positivo en un 63 % (74).

De igual manera, Copa Diana y Ponce Marilyn en el 2021, Arequipa realizaron una investigación sobre “Práctica y adherencia al lavado de manos clínico en el contexto Covid19 en un Hospital de Moquegua del año 2021” los resultados mostraron que, se consiguió un alto porcentaje en una inadecuada práctica en el 63.3%, en la no ALM en un 73.3% (75).

A nivel local, en Trujillo, Lescano G. y Lescano M.,2020, estudio la “Cultura de seguridad del paciente y adherencia a la higiene de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2020”. Los resultados mostraron que el 80% de las enfermeras con un nivel medio en la cultura de seguridad del paciente no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, y solo el 16 % cumplen la adherencia a la higiene de manos. En las 5 dimensiones investigadas se identificó la ausencia de una relación significativa con la adherencia a la higiene de manos. Se concluyó que la cultura de seguridad del paciente no tiene una relación significativa con la adherencia a la higiene de manos, según $X^2 = 0.198$ y nivel de significancia $p = 0.656$ en las enfermeras (76)

También, León Edith et al en 2019, llevaron a cabo un estudio en Lima, Perú, llamado “Adherencia del lavado de manos clínico en enfermeros del servicio de emergencia de un hospital de lima”. Los resultados indicaron una reducción del 8% en la adherencia general y, específicamente, una disminución del 66.7% en el cumplimiento del quinto momento del procedimiento de lavado de manos (77).

2.3. Marco conceptual

- **Cultura de Seguridad del paciente:** es el grado en que la cultura de una organización apoya y promueve la seguridad del paciente. Se refiere a los valores, creencias y normas que comparten los profesionales de la salud y otro personal de toda la organización que influyen en sus acciones y comportamientos. La cultura de seguridad del paciente se puede medir determinando los valores, creencias, normas y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente que son recompensados (78).
- **Adherencia al Lavado de Manos:** Consiste en aplicar técnicas adecuadas para la remoción, reducción y destrucción de los microorganismos que se encuentran en las manos, en los 5 momentos establecidos por OMS como oportunidades, cuya duración recomendada es entre treinta y sesenta segundos (79).
- **Enfermeros de centro quirúrgico:** Son enfermeros especialistas reconocidos por el colegio de enfermeros del Perú, abocados a la aplicación del proceso de atención de enfermería en la etapa perioperatoria del paciente quirúrgico, cuyo conocimiento y práctica autónoma, interdependiente y subordinada organiza su perfil profesional a la vanguardia de la ciencia, tecnología y bioingeniería, para fortalecer y perfeccionar el cuidado de Enfermería (80).
- **Centro quirúrgico:** Es el espacio físico de un determinado hospital, donde se realizan cirugías o procedimientos bajo anestesia general y loco regional, electivas o en condición de emergencia. Este espacio reúne la estructura física, recursos materiales y humanos calificados para las intervenciones en condiciones óptimas de seguridad para garantizar mínimo riesgo de daño al paciente (81).

2.4. Sistema de Hipótesis

2.4.1. **Hipótesis de trabajo (Hi):** La cultura de seguridad tiene relación con la adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico del HRDT 2024.

2.4.2. **Hipótesis nula (Ho):** La cultura de seguridad no tiene relación con la

adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico del HRDT 2024.

2.5. Variables e indicadores (operacionalización de variables).

2.5.1. Operacionalización de variables

2.5.1.1. Variable Dependiente: Adherencia al lavado de manos

Definición Operacional: Se verificó que los enfermeros realizan el lavado de manos, según los 5 momentos: antes de interactuar con el paciente, previo a un procedimiento limpio o aséptico, después de situaciones de riesgo de exposición a fluidos corporales, tras tocar al paciente y luego del contacto con el entorno del paciente. Además, se examinó la técnica correcta del lavado de manos clínico, uso de antiséptico adecuado y duración del proceso.

Escala de medición: Ordinal

Indicador:

- Se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente
- Se lava las manos antes del contacto con el paciente
- Se lava las manos antes de una tarea aséptica.
- Se lava las manos después de riesgo de exposición a fluidos.
- Se lava las manos después del contacto con pacientes.

Categoría: Mala; regular y buena

Índice:

- Mala <60%
- Regular 60%- 80%
- Buena >80 %

2.5.1.2. Variable independiente: Cultura de seguridad (CS)

Definición Operacional: Se llevó a cabo la evaluación mediante una encuesta autoadministrada dirigida a los enfermeros. Los enunciados consideraron la frecuencia de reporte de incidencias relacionadas con la seguridad del paciente, las acciones conjuntas para el bienestar del paciente, la interacción respetuosa fundamentada en la confianza y la promoción de la responsabilidad compartida para disminuir errores en beneficio del paciente. Asimismo,

contempló la asignación de la evaluación personal del personal de enfermería respecto a la seguridad del paciente en su ámbito de servicio.

Escala de Medición: Nominal

Indicador:

- Seguridad brindada en el trabajo
- Seguridad brindada por la dirección
- Seguridad desde la comunicación
- Frecuencia de sucesos notificados
- Seguridad desde la atención primaria.

Categoría: fuerte y débil

Índice:

- Fuerte: $\geq 75\%$ de respuestas positivas a ítems formulados en forma positiva; $\geq 75\%$ de respuestas negativas a ítems formulados en forma negativa
- Débil: $\geq 50\%$ de respuestas negativas a ítems formulados en positivo

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación: No experimental, descriptiva-correlacional.

3.2. Población (universo y de estudio) y muestra.

3.2.1 Población: Estuvo conformada por 46 enfermeros, específicamente en el servicio de Centro Quirúrgico del HRDT.

3.2.2 Muestra: Por ser la población pequeña se trabajó con el total. Siendo una población muestral.

3.3 Unidad de Análisis:

Se consideró a los enfermeros que laboran en el Centro Quirúrgico del HRDT, 2024.

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Enfermeros que consintieron participar voluntariamente en la investigación.
- Enfermeros que tuvieron contrato vigente en la Institución al momento de su participación en el estudio.
- Enfermeros que laboran más de tres meses en Centro Quirúrgico.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Enfermeros en situación de permiso, licencia por motivos de salud, comisión de servicio o vacaciones durante lo que se realizó la investigación
- Personal que tuvo algún impedimento mental para responder al estudio.

3.3.3. Diseño de contrastación: Se empleó el diseño cuantitativo de correlación de corte transversal, en base a Hernández, 2018 (69) que, expuso la relación entre dos o más categorías, conceptos o variables en un instante específico (69).

A continuación, se presentó la especificación detallada del diseño:

$$M = X_1 \text{ ————— } Y_2$$

Donde:

M: Muestra de enfermeros de centro quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo.

X1: Cultura de seguridad de seguridad de los enfermeros de centro quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Y2: Adherencia al lavado de manos de los enfermeros de centro quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo.

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

Se empleó la técnica de encuesta y observación, para lo cual se utilizó dos instrumentos: el primero fue en un cuestionario sobre cultura de seguridad, y el segundo, una lista de cotejo que se evaluó la conformidad con el lavado de manos, con el propósito de verificar el cumplimiento de los 5 momentos prescritos por la guía de lavado de manos del MINSA.

Instrumento N° 1: Cultura de Seguridad: Es un cuestionario autoadministrado, que fue propuesto por el Hospital Survey en Patient Safety (2005), traducido al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Universidad de Murcia sobre la seguridad del paciente (52) y finalmente adaptado por las autoras. La interpretación de las respuestas resultó pertinente tanto a nivel individual de cada ítem, en consonancia con sus cinco dimensiones, tal como se detalla a continuación: seguridad brindada en el trabajo; seguridad brindada por la dirección; seguridad desde la comunicación; frecuencia de sucesos notificados y seguridad desde la atención primaria.

Validez: Se procedió una evaluación mediante el juicio de expertos sobre el referido instrumento. Este proceso se llevó a cabo por un panel compuesto por cuatro enfermeras especialistas en el campo, que se encargaron de evaluar

los ítems con el objetivo de determinar su idoneidad , garantizó así la inclusión de reactivos pertinentes y necesarios para la medición de la variable en cuestión (Anexo).

Confiabilidad: Con el propósito de examinar la confiabilidad del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto en una población que compartió similitudes con la del presente estudio. 25 enfermeros que trabajan del hospital Belén de Trujillo del servicio de centro quirúrgico, siendo un Hospital del ministerio de salud, del tercer nivel de atención. Posteriormente, se ejecutó el análisis estadístico mediante la prueba del coeficiente alfa de Cronbach resultando en una confiabilidad de (0.85) (Anexo)

Instrumento N° 2: Adherencia al Lavado de Manos: La técnica consistió en la observación. El instrumento fue titulado: Formulario de Observación y Cálculo elaborado por la OMS en el 2009, traducido y editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad -España (21). En el Perú se implementó en el 2016, con resolución aplicable a todo establecimiento de atención sanitaria del territorio peruano (Anexo 3).

Este instrumento constó de 5 dimensiones, representadas por los 5 momentos del lavado de manos: a) Antes del contacto con el paciente, b) Antes de un procedimiento limpio o aséptico, c) Después del riesgo de exposición a fluidos corporales, d) Después de tocar al paciente, e) Después del contacto con el entorno del paciente.

La unidad de medida utilizada fue la “oportunidad de lavado de Manos” delineada en los instantes previos y/o subsiguientes al contacto con el paciente según los cinco momentos establecidos. En última instancia, la adherencia se describió como la proporción entre el número de acciones ejecutadas y el número de oportunidades, expresada como un índice por cada 100.

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

Validez: El instrumento correspondió a la guía del MINSA, que puede ser utilizado en cualquier establecimiento de salud del territorio peruano, la misma que fue tomada del ejemplar de Adherencia al lavado de manos de la organización mundial de la salud OMS,

Confiabilidad: La encuesta fue validada por la OMS (2009) y en el Perú con RM N° 255-2016 MINSA.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Se solicitó la autorización y aplicación de los instrumentos a los enfermeros, en las instalaciones del servicio en estudio. Para la encuesta se tomó un tiempo de 10 minutos al inicio o pausa de cada jornada laboral y para la lista de cotejo se tomó un tiempo de 10 a 30 min durante el turno laboral, en las 5 oportunidades planteadas por la OMS y el MINSA. Datos ingresados en Microsoft Excel asignándose un valor a respuestas, posteriormente, se calificaron y codificaron en paquete estadístico SPSS 26, y aplicando la distribución de normalidad de Kolgomorov y la prueba no paramétrica de chi cuadrado cuya significancia estadística fue el valor $p > 0.05$.

Finalmente, la información obtenida fue descrita en tablas cruzadas en el programa office de Microsoft Word para el respectivo análisis estadístico.

3.6. Consideraciones Éticas: Las ciencias biomedicas están puestas al servicio de la promoción de la salud de los seres humanos. En nuestro estudio de investigación se respetaron los siguientes principios que exige el ejercicio científico como son:

- El respeto a la dignidad del ser humano y su individualidad puesto que, cada persona tiene valor innato e intrínseco, sujeto de derechos y es considerado único e irrepetible, cualidad que lo distingue de los demás (70). Es por ello que se empleará una ficha única de encuesta y guía observacional.

- Anonimato para garantizar que la identidad del enfermero participante sea protegida, además de no considerar información personal que viole este principio, por lo que se le asigno a cada participante una determinada numeración (71).
- Confidencialidad de información: esto garantiza que la información vertida es de acceso único del investigador en calidad de confianza, únicamente usado para fines de estudio, proveyéndoles las condiciones idóneas para el desarrollo de la misma, por lo que se les hizo firmar el consentimiento informado expresándoles el compromiso por parte del investigador de cumplir con estos principios (72).

IV. RESULTADOS

Tabla 1 NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2024

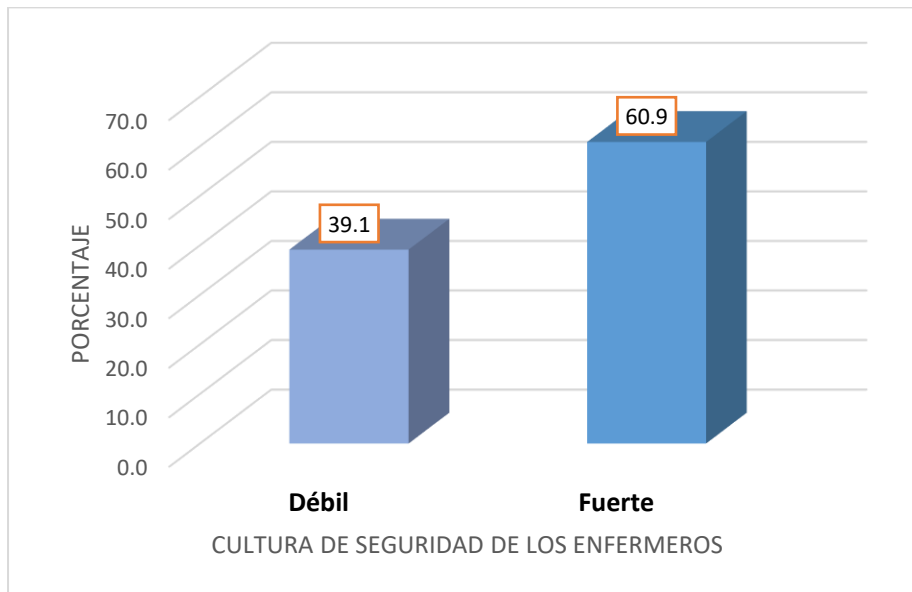
| Cultura de Seguridad | Escala | N° | % |
|----------------------|---|----|-------|
| Débil | ≥ 50% de respuestas negativas a ítems formulados en positiva. | 18 | 39.1 |
| Fuerte | ≥ 75% de respuestas positivas a ítems formulados en forma positiva; ≥75% de respuestas negativas a ítems formulados en forma negativa | 28 | 60.9 |
| Total | | 46 | 100.0 |

Fuente: Resultados obtenidos del cuestionario sobre cultura de Seguridad de los enfermeros, 2024.

La tabla mostro que el 60.9 por ciento del personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo posee un nivel de cultura de seguridad fuerte y el 39.1 por ciento, un nivel de cultura de seguridad débil.

GRÁFICO 1

NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2024



Fuente: Tabla IV.1 Nivel de cultura de seguridad en enfermeros de centro quirúrgico, Hospital Regional Docente de Trujillo 2024

Tabla 2 ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024

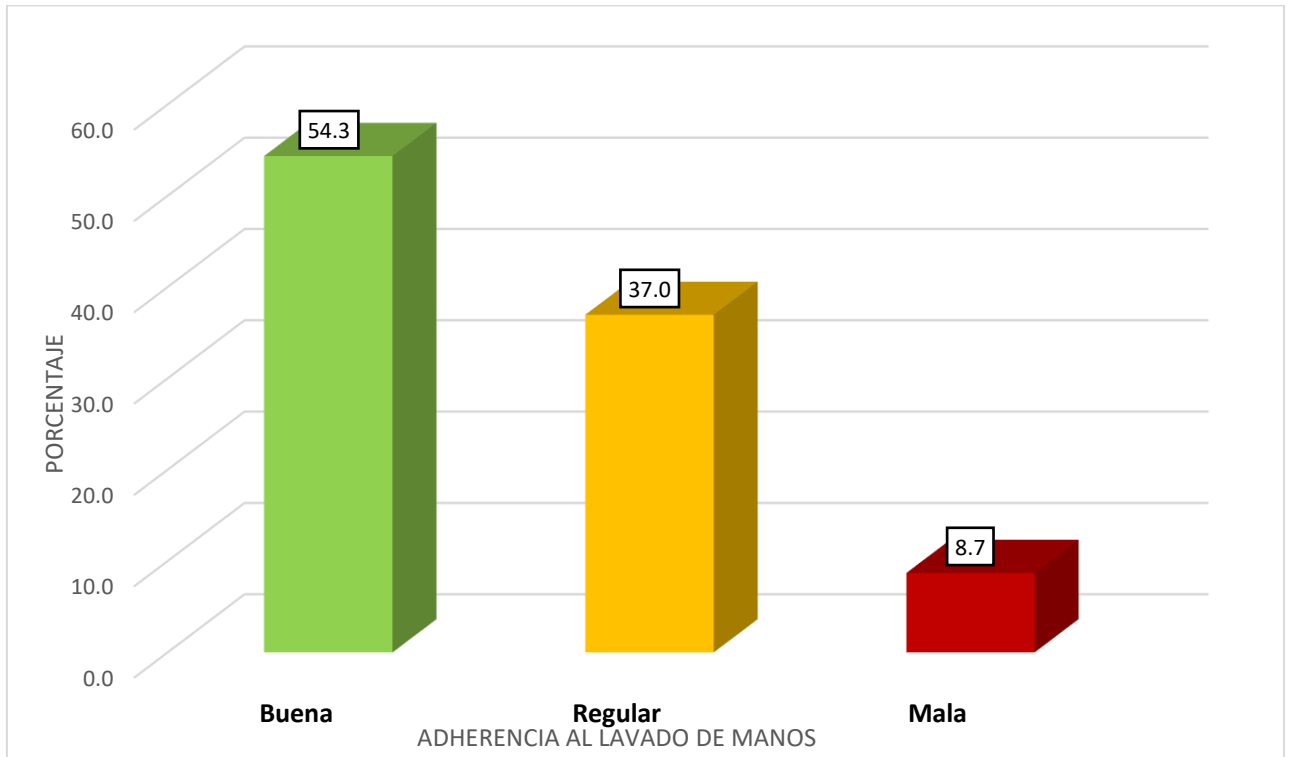
| Adherencia de Lavado de Manos | Escala | N° | % |
|--------------------------------------|---------------|-----------|--------------|
| Buena | >80 % | 25 | 54.3 |
| Regular | 60%- 80% | 17 | 37.0 |
| Mala | <60% | 4 | 8.7 |
| Total | | 46 | 100.0 |

Fuente: Resultados obtenidos de la lista de cotejo sobre lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024

Se observó que el 54.3 por ciento de personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo tiene una adherencia buena al lavado de manos, el 37 por ciento presenta una adherencia regular, mientras que el 8.7 por ciento tiene una adherencia al lavado de manos mala.

GRÁFICO 2

ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024



Fuente: Tabla IV.2 Adherencia al lavado de manos en enfermeros de centro quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024

TABLA 3 CULTURA DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024

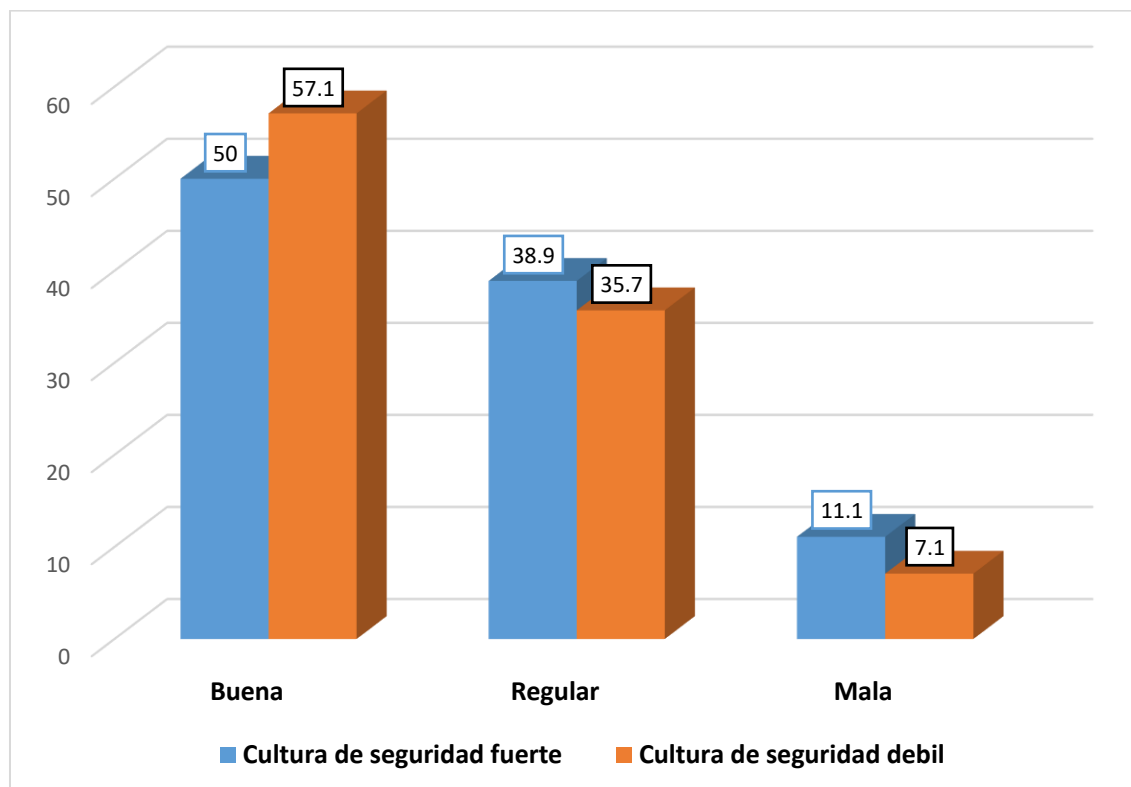
| Adherencia de Lavado de Manos | Cultura de Seguridad | | | | Total | |
|-------------------------------|----------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Débil | | Fuerte | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Buena | 9 | 50.0 | 16 | 57.1 | 25 | 54.3 |
| Regular | 7 | 38.9 | 10 | 35.7 | 17 | 37.0 |
| Mala | 2 | 11.1 | 2 | 7.1 | 4 | 8.7 |
| Total | 18 | 100 | 28 | 100 | 46 | 100 |

Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta sobre cultura de seguridad y lista de cotejo sobre lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024

Se pudo observar que del total de enfermeros que tuvieron una cultura de seguridad débil, 18 enfermeros: el 50 % (9) tiene una adherencia al lavado de manos buena, el 38.9% (7) regular y el 11.1% (2) mala. En cambio, los enfermeros que tuvieron una cultura de seguridad fuerte, 28 enfermeros: el 57.1% (16) tuvo una adherencia al lavado de manos buena; 35.7% (10) regular y 7.1% (2) mala.

GRÁFICO 3

CULTURA DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024



Fuente: Tabla IV. 3 Cultura de seguridad y adherencia al lavado de manos en enfermeros de centro quirúrgico, Hospital Regional Docente Trujillo 2024

4.2. Docimasia de hipótesis:

Tabla 4 CULTURA DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2024

| CHI CUADRADO DE PEARSON | Valores |
|--------------------------------|----------------|
| COEFICIENTE CHI CUADRADO | 0.3311 |
| SIG (BILATERAL) | 0.8474 |
| N | 46 |

Fuente: Aplicación de cuestionario de cultura de seguridad y chek list de adherencia al lavado de manos, 2024.

Nota. Prueba Chi Cuadrado: 0.3311, valor $p= 0.8474 (> 0.05)$

La tabla mostró que no existe relación significativa entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo (valor $p> 0.05$).

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo el objeto de Determinar la relación entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeras de centro Quirúrgico HRDT-2024. Para ello se identificó en primer lugar el nivel de cultura de seguridad de los enfermeros de Centro quirúrgico y en segundo lugar la adherencia al lavado de manos.

La primera fue distribuida en la tabla N° 1 sobre cultura de seguridad de los enfermeros en centro quirúrgico, donde muestra que, el 60.9 por ciento de los enfermeros de Centro Quirúrgico del HRDT posee un nivel de cultura de seguridad fuerte y el 39.1 por ciento, un nivel de cultura de seguridad débil. Es decir un poco mas de la mitad de la población en estudio tiene una cultura de seguridad fuerte.

Los resultados de la primera variable de estudio coinciden con lo investigado por Salazar Angela y Restrepo Diana, en el 2020, en Colombia, sobre cultura de seguridad en centros quirúrgicos de Antioquia, resultando en que la misma fue percibida por los enfermeros de manera positiva en 62% de los encuestados. Esto es debido a que en sus puntos de fortaleza se encuentra en las dimensiones aprendizaje organizacional, mejora continua, trabajo en equipo. En cambio, los puntos débiles están en: respuesta no punitiva a errores y franqueza en comunicación (72).

Ambas realidades se presentan de manera visible en el hospital en estudio pues, nuestra experiencia como parte de dicho equipo asistencial si bien es cierto en la mayoría de enfermeros se encuentra una cultura de seguridad fuerte, esta ha sido visiblemente por la fortaleza en sus dimensiones como: resultado de cultura de seguridad, trabajo en equipo y comunicación, puesto que frente a una situación apremiante que pone en riesgo la salud y vida del paciente el grupo humano no solo esta preparado y capacitado para afrontar dicho desafío, si no también se observa la participación activa de los

enfermeros de turno para contribuir a lograr el mismo objetivo, de la misma manera que se han implementado medidas como cuadernos, listas de cotejo, mecanismos tecnológicos como los dispositivos móviles, internet, redes sociales: WhatsApp y zoom para mejorar la comunicación en los profesionales de esta manera socializar eventos adversos, acciones riesgosas que se deben evitar y garanticen que el paciente atendido en el servicio sea regresado a su destino en mejores condiciones.

En cuanto a la cultura de seguridad débil, esta se encuentra presente en el hospital de estudio, no en mayor porcentaje, pero si de manera considerable y esto coincide con las investigaciones señaladas pues en ambos casos hay falencias en las dimensiones de gestión y dirección. Es así que en el servicio en mención no se ha implementado una estrategia de medidas correctivas frente a acciones inseguras repetitivas de algunos de sus integrantes, lo cual trae un efecto domino cuando las mismas no se han identificado, y cierta afección en las relaciones interpersonales.

Un estudio que difiere con los resultados de nuestra investigación es de Melek Y , Dilek Ç , Enes B , Ayla G, Aydanur A y Bahar A, 2021, en Turquía, titulado: Cultura de seguridad del paciente entre enfermeras quirúrgicas. El estudio descriptivo realizado en 206 enfermeras que trabajan en centro quirúrgico de clínicas y quirófanos de 1 hospital universitario, 2 hospitales públicos y 1 hospital privado, utilizó un cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente para recopilación de datos. El resultado reveló que la percepción de la cultura de seguridad del paciente de enfermeras quirúrgicas estaba en un nivel medio, donde la tasa de respuesta positiva fue del 46%. 51% en el hospital universitario, 47% en el hospital privado y 43% en el público. Esto puede deberse a que Europa existen estándares altos de seguridad del paciente y que se exige o pretende hacer cumplir la normativa de atención al paciente quirúrgico, por lo que las enfermeras quirúrgicas juzgan de manera radical la realidad vivida en centro quirúrgico las mismas que

En la tabla N° 2 sobre adherencia al lavado de manos en enfermeros de

centro quirúrgico se evidencia que, el 54.3 por ciento de personal de enfermería de Centro Quirúrgico del HRDT tiene una adherencia buena al lavado de manos, el 37 por ciento regular, mientras que el 8.7 por ciento tiene una adherencia mala.

Un estudio parecido es el de Bloch et. al en el 2019, en Paraguay, enfocada en el cumplimiento del Lavado de Manos en enfermeros donde muestra que el 54% del personal de enfermería no sigue los protocolos de higiene de manos, registrándose una mayor baja adherencia en el momento cinco (46). Sumado a ello está el estudio de Vásquez y Ramírez en el 2018, Ecuador, cuya investigación estuvo focalizada en la observancia de la higiene de manos. Sus hallazgos indican que los profesionales de la salud ejecutan los cinco momentos del lavado de manos en un rango del 30% al 50%. Aunque realizan todos los pasos, se identificaron deficiencias específicas en la fricción de las palmas y la limpieza de las uñas. No obstante, se constató que poseen un nivel de conocimiento adecuado con respecto a los cinco momentos de la higiene de manos (48).

Ambos estudios se complementan para mostrarnos que aunque en toda entidad sanitaria debería estar presente la adherencia al lavado de manos, la misma no se realiza en su totalidad puesto que en los referentes y el presente estudio se observa a la mitad de su muestra y hasta menos de la misma que no la cumple, ello pese a los conocimientos de su utilidad.

Lo anterior puede deberse a que en la institución es común, el uso de guantes la misma que crea una falsa percepción de seguridad y en ocasiones promueve un actuar de riesgo, pues al sentirse protegidos y no tener contacto directo con las superficies, se cree que ya no es necesario realizar el lavado de manos, lo cual es una creencia incorrecta, pues es necesario el lavado de manos y el cambio a menudo del mismo; se puede decir, también que, los enfermeros suelen priorizar el lavado de manos siempre y cuanto sea una medida de auto protección, es así que, de los 5 momentos, se toma en cuenta mayormente aquellos después del contacto del paciente, después del contacto con su entorno o después del riesgo de

exposición a líquidos corporales, para los demás muchos consideran innecesarios.

En relación a la tabla N° 3 sobre cultura de seguridad y adherencia al lavado de manos en enfermeros de centro quirúrgico, se pudo observar que del total de enfermeros que tuvieron una cultura de seguridad débil: 39.1% enfermeros (18); el 50 % (9) tiene una adherencia al lavado de manos buena, el 38.9% (7) regular y el 11.1% (2) mala. En cambio, los enfermeros que tuvieron una cultura de seguridad fuerte: 60.9% (28); el 57.1% (16) tuvo una adherencia al lavado de manos buena; 35.7% (10) regular y 7.1% (2) mala.

De la misma manera la prueba estadística de Chi Cuadrado: 0.3311, valor $p= 0.8474 (> 0.05)$, muestra que no existe relación significativa entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos del personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo (valor $p> 0.05$).

Un estudio parecido al investigado es el de Lescano y Lescano , en el 2020, en Trujillo sobre la cultura de seguridad y adherencia a la higiene de manos. Los resultados mostraron que el 80% de las enfermeras con un nivel medio en la cultura de seguridad del paciente no cumplen con la adherencia a la higiene de manos, y solo el 16 % cumplen la adherencia a la higiene de manos. En las 5 dimensiones investigadas se identificó la ausencia de una relación significativa con la adherencia a la higiene de manos. Se concluyó que la cultura de seguridad del paciente no tiene una relación significativa con la adherencia a la higiene de manos, según $X^2 = 0.198$ y nivel de significancia $p = 0.656$ en las enfermeras (68)

Estos resultados quizá se deban a que, el personal de salud que labora en centro quirúrgico no realiza de manera permanente el lavado de manos o lo realiza solamente cuando es monitorizado por el personal de evaluación de la calidad, que se encarga de valorar la adherencia al lavado de manos en la institución. De la misma manera se puede aseverar que los enfermeros realizan sus funciones y actividades asistenciales con premura, puesto que en ocasiones la demanda y nivel de complejidad de los pacientes

quirúrgicos, excede la mejor intensión y habilidad del profesional más experto para que pueda realizar un lavado de manos prolijo, teniendo en algún momento que obviarlo por atender de manera urgente a un paciente poco colaborador, agitado o menor de edad que intento retirarse una sonda nasogástrica, Foley, vía periférica o cubrir una emergencia.

También es indispensable reconocer la importancia que tiene el recurso o insumo para que se pueda cumplir con el lavado de manos y las características del mismo, en ocasiones también se tiene que el desinfectante mas usado para el lavado de manos la clorhexidina al 2% el mismo que genera reacciones alérgicas en la piel del personal de salud, teniendo que traer en algunas ocasiones sus jabones liquido de su domicilio.

CONCLUSIONES

- La cultura de seguridad en enfermeros de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo es fuerte en 60.9 por ciento y el 39.1 por ciento posee un nivel de cultura de seguridad débil.
- La adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo es buena en 54.3 por ciento, el 37 por ciento presenta una adherencia regular, mientras que el 8.7 por ciento tiene una adherencia al lavado de manos mala.
- Se determinó que no existe relación significativa entre el nivel de cultura de seguridad y la adherencia al lavado de manos en enfermeros de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo (valor $p > 0.05$). además, el 50 por ciento de los que poseen una cultura de seguridad débil tienen una adherencia de lavado de manos buena, el 38.9 por ciento la tiene regular y el 11.1 por ciento la tiene mala. Mientras que el 57.1 por ciento de los que tienen una cultura de seguridad fuerte tienen una adherencia de lavado de manos buena, el 35.7 por ciento la tiene regular y el 7.1 por ciento la tienen mala.

RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados de la cultura de seguridad de los enfermeros en centro quirúrgico con la jefatura del servicio y el departamento de enfermería, los mismos que pueden ser utilizados en la elaboración del diagnóstico situacional del servicio en mención con el objetivo de implementar futuras intervenciones en pro de mejorar la cultura de seguridad y fortalecimiento de la misma, fomentando el monitoreo continuo para poder corregir debilidades, donde se involucre no solo a lo enfermeros, sino también a las autoridades.
- Implementar estrategia para promocionar la adherencia al lavado de manos en los enfermeros de centro quirúrgico como, por ejemplo: uso de afiches en áreas estratégicas, capacitaciones, incentivos, suministro de insumos, visitas de supervisión periódicas, entre otros que, sirva de modelo en áreas críticas, hospitalización y consulta externa, cuyo resultado contribuya a estrategias globales para la atención del paciente interno y externo.
- Realizar nuevas investigaciones que, consideren las variables del presente estudio: cultura de seguridad y adherencia al lavado de manos en enfermeros; dicha pesquisa permitirá comparar resultados encontrados con los actualizados posteriormente que, al ser analizados permitan encontrar puntos débiles para poder capacitar al usuario interno y externo, sobre su participación activa en su atención segura.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Seguridad del paciente. [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [actualizada el 11 de setiembre del 2023; acceso 17 de Octubre del 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20se%20define%20como%20la,del%20riesgo%20de%20causarles%20innecesariamente%20da%C3%B1os%20al%20atenderlos>.
2. Organización Mundial de la Salud. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. [actualizada 17 de setiembre del 2020; acceso 18 de julio del 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
3. Columbié M, Ramos V y Morasen E. Inseguridad del paciente y uso inadecuado de tecnologías sanitarias. Consecuencias sociales. Rev. Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2018. vol.2. pp 29. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2016/cts163e.pdf>
4. Consejo Ejecutivo 109^a. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente: informe de la Secretaría. [Internet]. Ginebra. 2009 [acceso 7 de julio del 2024]. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/81600>
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas. [Internet]. Washington. 2017 [actualizado 2024; acceso 16 de abril del 2024] . Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/infecciones.pdf>

6. Organización Panamericana de la Salud. La amenaza de las bacterias resistentes en los hospitales y acciones para evitar su propagación y salvar vidas [Internet]. USA: OPS, 2021 [Acceso 27 marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/amenaza-bacterias-resistentes-hospitales-acciones-para-evitar-su-propagacion-salvar-vidas>
7. Aranco N, Bauhoff S, Schuwarz N y Stampini M. ¿Están las hospitalizaciones prolongadas sustituyendo la atención primaria y de largo plazo?: evidencia de Brasil y México [Internet]. USA: Banco Interamericano de Desarrollo; agosto del 2024 [2024; acceso 27 de marzo del 2024]. Disponible en: file:///D:/Backup/Downloads/Estan-las-hospitalizaciones-prolongadas-sustituyendo-la-atencion-primaria-y-de-largo-plazo-evidencia-de-Brasil-y-Mexico.pdf
8. Padrón E. Apuntes históricos sobre el lavado de las manos. [internet]. Cuba: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; 2015 [acceso 18 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3786/378661471011.pdf>
9. Maguiña C. Infecciones nosocomiales. [Internet]. Perú: Scielo Perú; Setiembre del 2016 [Acceso 18 de julio 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300001
10. Larisgoitia I, Gonseth J. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. España. 2009. [Acceso 18 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
11. Arrieta A, Hakim G, Pérez C, Siu H, Neves C, Qamar A. Encuesta Healthcare Management Américas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. [Internet]. Perú. 2019. [acceso 17 de julio del 2024] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n4/a11v36n4.pdf>

12. Boletín epidemiológico de la Gerencia Regional de Salud La Libertad. Infecciones asociadas a la atención de salud al III Trimestre [Internet]. Perú: GERESA. 2017. [acceso 17 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/servicios-linea/publicaciones/boletines-epidemiologicos>
13. Gobierno peruano. Conocer mas sobre la entidad [Internet]. Perú: Gob.pe; setiembre 2024. [acceso 25 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hrdocente-trujillo>
14. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. La OMS declara la seguridad paciente como problema de salud pública [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-declara-la-seguridad-del-paciente-como-problema-de-salud-publica>
15. Miranda C Marcelo, Navarrete T Luz. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2008 Feb [acceso 17 julio 2024] ; 25(1): 54-57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000100011>
16. Organización Mundial de salud. La estrategia de la OMS sobre higiene de las manos demuestra ser viable y sostenible en entornos asistenciales de todo el mundo. [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-08-2013-who-hand-hygiene-strategy-feasible-and-sustainable-for-health-care-settings-around-the-world>
17. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en

la Atención de la Salud: Resumen [Internet]. 1.^a ed. Ginebra: OMS; 2009. [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf

18. Canales F, Salazar M. Efectividad del lavado de manos pre quirúrgico con cepillo y sin cepillo. [Internet]. Costa Rica. 2014. Vol. 25. Pp 1-10. [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/11889/11199>
19. Huatuco J, Molina M, Melendez K, Medidas de bioseguridad aplicadas por el personal de enfermería en la prevención de infecciones intrahospitalarias en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza – 2014 [Internet]. Perú. 2014. [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1408/Medidas_HuatucoJulca_Jim.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Yamaguch, L; Tecse, P.; De la Cruz, M.; Zavaleta, D. & Quezada, G. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud Lima, Perú MINSA [Internet]. Perú. 2016. [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3802.pdf>
21. Canales F, Salazar M. Efectividad del lavado de manos pre quirúrgico con cepillo y sin cepillo. [Internet]. Costa Rica. 2014. Vol. 25. Pp 1-10. [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/11889/11199>
22. Cruz, H. Protocolo de lavado de Manos. [Internet]. Hospital Luis Gabriel Dávila, Ecuador. 2014. [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <https://silo.tips/download/protocolo-de-lavado-de-manos>
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad

- del Paciente del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. España. 2015. [Acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
24. Naranjo Y. La importancia del lavado de las manos en la atención sanitaria. [Internet]. Cuba. 2014 [acceso 23 de julio 2024. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600001
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud [Internet]. España. 2015. 2014 [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
26. Acuña M, Mendizabal I, Rivera W. Evaluación de la adherencia al lavado de manos clínico en los enfermeros de los servicios de hospitalización de medicina del Hospital Cayetano Heredia [Internet]. Perú: Tesis de Grado. 2017 [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/725/Evaluacion_Acu%C3%B1aHurtado_Maribel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Defensoría del pueblo. Informe Defensorial N° 105: I Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Segunda Supervisión Nacional [Internet]. Perú. 2006 [acceso 21 de julio 2024]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/areas_tematicas/acceso-a-la-salud/
28. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra- Suiza. [Internet]. 2003. Disponible en: https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

29. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. [Internet]. Rev. Méd. Los Condes. Vol. 28(5): 785-795. España 2017 [acceso 15 Octubre 2024], Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320705987_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_Y_CULTURA_DE_SEGURIDAD/link/62966fbd55273755ebc63e70/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
30. Mauro M. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason [Internet]. España. 2011 [acceso 15 Octubre 2024]. Disponible: <http://journals.openedition.org/laboreal/7750>
31. Scandroglio, B, López M, Jorge S. La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias Psicothema [Internet]. vol. 20, núm. 1, 2008, pp. 80-89 Universidad de Oviedo Oviedo, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720112.pdf>
32. Pereira, F. Psicología del error y sistema de gestión de recursos para el control de riesgos (SisGRECOR). Revista Academia y virtualidad. 2012. Colombia. Vol 5 (1). [http: file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/macero,+3.4+Psicologi_a+del+Error+y+Sistema+de+Gestio_n+de+Recursos+para+el+Control+de+Riesgos+\(SisGRECOR\)+2.pdf](http://file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/macero,+3.4+Psicologi_a+del+Error+y+Sistema+de+Gestio_n+de+Recursos+para+el+Control+de+Riesgos+(SisGRECOR)+2.pdf)).
33. Gómez, O.; Arenas, W.; Gonzáles, L; Garzón, J.; Mateus, E & Soto, A. Cultura deseguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. [Internet]. Rev. Cienc. Enferm. [Internet]. 2011 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0717-95532011000300009&lng=es&tlng=es
34. Reason, J. Error Humano. Nueva York. Cambridge University Press; 1990

35. Vítolo, F. Cultura de seguridad. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf
36. Mori, R. 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. [Tesis de Maestría] Trujillo-Perú: Universidad César Vallejo, 2017. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori_YN_R-SD.pdf?sequence=6&isAllowed=y
37. Puma, J. Cultura de Seguridad del Paciente por el Profesional en Enfermería en los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco, Cusco. [Tesis de Maestría]. Arequipa-Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8777/ENMpuesjs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Bernal A. Cuba. Programa de lavado de manos: retos y perspectivas. [Internet]. 2011. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000100015
39. Pazos Á . In memoriam. La obra de Claude Lévi-Strauss (1908-2009): Unidad humana y diferencia cultural [Sede web]. España: redalyc.org; 2010 [2010; acceso 16 de octubre de 2024]. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83817227001>
40. Organización Mundial de la Salud. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. Comunicado de Prensa. Ginebra- Suiza. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
41. Copa, D. & Ponce, M. Práctica y adherencia al lavado de manos clínico en el

contexto Covid-19. Centro Quirúrgico del Hospital Regional Moquegua. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en Centro Quirúrgico]. Moquegua-Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa– Perú, 2021.

42. Pérez, L. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. [Internet]. Rev. enfer. Cuba. 2014-2016. Vol. 33(2): Disponible en: [https://pesquisa-bvsalud.org.translate.google.com/portal/resource/pt/biblio-1093201? x tr sl=pt& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=sc](https://pesquisa-bvsalud.org.translate.google.com/portal/resource/pt/biblio-1093201?x_tr_sl=pt&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sc)
43. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Higiene de Manos. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/seguridad-del-paciente/higiene-de-manos.html>
44. Prado, M.; Rizo, A.; Díaz, P. & Hoyos A. Seguridad del paciente un compromiso institucional para un atención más segura. [Tesis de especialidad de Administración en Salud], Colombia: Universidad Católica de Manzanales, 2014. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Salazar, E. Evaluación del nivel de conocimiento y su relación con la actitud sobre las medidas de bioseguridad de los alumnos que cursan la práctica en la Clínica Odontológica – Única. [Tesis de Pregrado], Ica- Perú, 2015: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Disponible en: [https://repositorio.unica.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13028/3010/02.%20EVALUACION%20DEL%20NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LA%20ACTITUD%20SOBRE%20LAS%20MEDIDAS%20DE%20BIOSEGURIDAD%20DE%20LOS%20ALUMNOS.pdf?s equence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unica.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13028/3010/02.%20EVALUACION%20DEL%20NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LA%20ACTITUD%20SOBRE%20LAS%20MEDIDAS%20DE%20BIOSEGURIDAD%20DE%20LOS%20ALUMNOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
46. Talledo, M. & Zumaeta, K. Los virus Influenza y la nueva pandemia A/H1N1. Rev. peru biol. [Internet]. 2009. Disponible

en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-99332009000200018&lng=es.

47. Moya, V. Informe del plan sensibilización por el día mundial de lavado de manos. IREN. [Internet].2015. Disponible en: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/INFORME-SENSIBILIZACION-LAVADO-MANOS-2015.pdf>
48. Asociación Madrileña de Enfermería Preventiva (AMEP). Formación de profesionales sanitarios como Observadores del Cumplimiento de Higiene de Manos. Según la metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet] . 2017. Disponible en:http://www.amepreventiva.es/higienemanos/Documentos/GUIA_DIDACTICA_FORMACION_OBSERVADORES_HM_AMEP.pdf
49. Romero Herrera G, Flores Zamora E, Cárdenas Sánchez P. A, , Ostiguín Meléndez R. M. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. Enfermería Universitaria [Internet]. 2007;4(1):44-48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821005>
50. Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.
51. Da Costa, S.; Azevedo, A.; Buscher, A. & Conceicao, M. El error humano en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2015. Vol. 23(6): 1074-81. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/j9mqVP7t5vvqDJRWfDr4H/?format=pdf&lang=es>

52. Roco, C & Garrido, A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. [Internet]. 2017. Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
53. Castañeda, J. y Orozco. México. Lavado (higiene) de manos con agua y jabón. [Internet] 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000600355
54. Raimundo, E. Companioni, F. & Rosales, S. Apuntes históricos sobre el lavado de las manos. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2015. Vol.52(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000200011
55. Cooper, D. Hacia un modelo de cultura de seguridad. Suiza. [Internet]. 2011. Disponible en: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Towards_a_Model_of_Safety_Culture.pdf
56. Bloch, Y.; Acuña, G.; Oliveira H. & Orué, P. Cumplimiento del Protocolo de Lavado de Manos por profesionales de enfermería en un servicio de salud de la ciudad de Encarnación, Marzo-Julio del 2019. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(2):6-11. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v18n2/1812-9528-iics-18-02-6.pdf>
57. López, L.; Herrera, P., Rodríguez J, & Parcón M. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2019. Vol. 23(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400464

58. Vásquez, W. y Ramírez, C. Adherencia a la higiene de manos por parte del personal de salud en el área de medicina interna en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil. [Tesis para obtener la Licenciatura en Enfermería]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2018.
59. León, E.; Blaz, M.; Jiménez, E. & Pérez M. Adherencia al protocolo de lavado de manos en el personal de un instituto especializado en salud. Rev.investigación Oncológica [Internet]. 2019; Vol. 9 (1) Disponible en: https://marketing.oncosalud.pe/hubfs/produccioncientifica/revista-carcinos_volumen-9-numero-1.pdf#page=14
60. Álvaro, D.; Membrillo, N. & Vilcapuma, A. Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras del Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz y la Clínica Santa Isabel. [Tesis para optar la especialidad en Centro Quirúrgico]. Lima-Perú: Universidad Nacional del Callao. 2018.
Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3728/Alvaro%20y%20Membrillo%20y%20Vilcapuma_TESIS2DAES_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y
61. Dávila, L. Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018. [Tesis para optar la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima – Perú: Universidad César Vallejo, 2018.
62. Hernández, R.; Fernández, C, y Baptista, P. Metodología de la Investigación. México. Mc Graw Hill. 2010.
63. Cordero, J., Porra, Y. & Torres, G. Cultura de seguridad del paciente desarrollado por el equipo de salud en centro quirúrgico del HNCH. [Tesis para optar la especialidad en centro quirúrgico]. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018.

64. Cardozo, R. & Cols. Cultura de seguridad del paciente en los centros quirúrgicos: perspectivas de la enfermería. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Brasil.2021.Disponible en:<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ncDTqSkVSnyGjGHLqkF58P/abstract/?lang=es#>
65. Yáñez, K. & Cols. Ética del Cuidado y Cuidado de Enfermería. Montevideo 2021 Vol.10 no.1 Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2124>
66. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima ,2015.
67. Dominguez, R y Ojeda, M. Cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería. Centro Quirúrgico y Unidad de Recuperación. Hospital II Jorge Reátegui Delgado. [Tesis para optar la especialidad en centro quirúrgico] Lambayeque _Perú , 2018.
68. Melek Y , Dilek Ç , Enes B , Ayla G, Aydanur A y Bahar A. Patient Safety Culture Percepción Among Surgical Nurses. J Educ Res Nurs. 2021;20(2):127-132
69. Salazar, A. & Restrepo D. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200303
70. Lescano, G y Lescano, M Cultura De Seguridad Del Paciente y Adherencia a La Higiene De Manos En Enfermeras Del Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas. [Tesis para optar la especialidad en centro quirúrgico] Trujillo-Perú, 2023.
71. Hernández, R. & C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta 2018. México. Vol. 10 No. 18 Editorial Mc Graw Hill.

Disponible en https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/wp-content/uploads/2019/02/RUDICSv9n18p92_95.pdf.

72. Torres,E. El Derecho Fundamental De Respeto A La Dignidad De La Persona Humana. Revista Internacional CONSINTER de Direito no.15 Vila Nova de Gaia dez. 2023. Disponible en https://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-95222022000200281&lang=es#:~:text=https%3A//doi.org/10.19135/revista.consinter.00015.13%C2%A0
73. Anguita, V. y Sotomayor, M. **¿Confidencialidad, Anonimato?: Las Otras Promesas De La Investigación.** Acta bioeth. vol.17 no.2 Santiago.2011. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200006&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200006.%20)
74. Santi, M. Controversias éticas en torno a la privacidad, la confidencialidad y el anonimato en investigación social. Rev. Bioética y Derecho. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000200002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.37.16147>.)
75. [AHRQ. What Is Patient Safety Culture? \[Sede web\]. USA: Agency for Healthcare Research and Quality; marzo 2022 \[acceso junio 2024; 23 de octubre 2024\]. disponible en: https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html#:~:text=Patient%20safety%20culture%20is%20the,influence%20their%20actions%20and%20behaviors](https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html#:~:text=Patient%20safety%20culture%20is%20the,influence%20their%20actions%20and%20behaviors).
76. Caldas M. Adherencia al protocolo de lavado de manos en el personal de salud. Ocronos. 2021;4(4): 68
77. Colegio de enfermeros del Perú. Resoluciones: Especialidades de enfermería [sede web]. Portal CEP; 2008 [2024; acceso 16 de octubre de 2024]disponible en: <https://www.cep.org.pe/documentos-normativos/>

78. Ministerio de salud. Resolución Ministerial N.º 280-2013-MINSA[Sede Web].
gob.pe; 2013[2024; accesado 17 de octubre 2024]. Disponible en: Resolución
Ministerial N.º 280-2013-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de
Salud - Plataforma del Estado Peruano



ANEXOS
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
CULTURA DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN
ENFERMEROS DE CENTRO QUIRURGICO – HRDT 2024
ANEXO N° 1

INSTRUMENTO: CULTURA DE SEGURIDAD

Hospital Survey en Patient Safety (2005), adaptado por Del pino y Cabanillas (2024) Somos enfermeras estudiantes de la especialidad de Enfermería de Centro Quirúrgico de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO), y nos encontramos aplicando un cuestionario con el objetivo de obtener información acerca de la cultura de seguridad y adherencia al lavado de manos. La información recabada será de carácter anónimo y permitirá la posterior implementación de estrategias de mejora en seguridad del paciente.

I. DATOS GENERALES:

- Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino () Tiempo en el servicio: _____

II. INSTRUCCIONES: Este cuestionario recoge opiniones acerca de temas de seguridad. A continuación, se plantean enunciados los cuales tendrá que marcar con una “X” según las alternativas presentadas:

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

| ÍTEMS | OPCIONES DE RESPUESTA | | | | |
|---|-----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| DIMENSIÓN 1. Seguridad en el área de trabajo | | | | | |
| 1. El personal de enfermería se apoya mutuamente en el servicio. | | | | | |
| 2. Hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral | | | | | |
| 3. Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo | | | | | |
| 4. En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto. | | | | | |
| 5. Ante cualquier fallo se pone en marcha medidas para evitarlo | | | | | |
| 6. ¿Cuándo existe sobrecarga laboral hay ayuda entre compañeros? | | | | | |
| DIMENSIÓN 2. Seguridad brindada por la dirección | | | | | |
| 7. Mi jefe hace comentarios favorables ante un trabajo conforme. | | | | | |
| 8. Mi jefe considera las sugerencias del profesional de enfermería. | | | | | |
| 9. Mi jefe quiere que trabajemos a presión más rápido. | | | | | |
| 10. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes. | | | | | |
| DIMENSIÓN 3. Seguridad desde la comunicación | | | | | |
| 11. Se informa los cambios realizados a partir de los sucesos notificados. | | | | | |
| 12. Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | | | | | |
| 13. Discute como prevenir errores para que no vuelvan a suceder. | | | | | |
| 14. Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien | | | | | |
| DIMENSIÓN 4. Sucesos notificados | | | | | |
| 15. Se notifica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente. | | | | | |
| 16. Se notifica los errores, aunque no tenga potencial de daño al paciente. | | | | | |
| DIMENSIÓN 5. Seguridad desde la atención primaria | | | | | |
| 17. El ambiente del servicio promueve la seguridad al paciente. | | | | | |
| 18. Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno. | | | | | |
| 19. Demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. | | | | | |
| 20. Cuando ocurre un suceso se interesa en la seguridad del paciente. | | | | | |

ANEXO Nº2
INSTRUMENTO: ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS
Autor: OMS (2009)- MINSA (2016)

Guía aplicada por el investigador observador

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

Formulario de observación

| | | | | | |
|---------------|--|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| Centro: | | Número de periodo*: | | Número de sesión: | |
| Servicio: | | Fecha: (dd/mm/aa) | | Observador: (iniciales) | |
| Pabellón | | Hora de inicio/fin: (hh:mm) | | N° de página: | |
| Departamento: | | Duración sesión: (mm) | | Ciudad**: | |
| País**: | | | | | |

| Cat. Prof. | | Cat. Prof. | | Cat. Prof. | | Cat. Prof. | | | | | |
|------------|--|--|-----|--|--|------------|--|--|-----|--|--|
| Código | | Código | | Código | | Código | | | | | |
| N° | | N° | | N° | | N° | | | | | |
| Op. | Indicación | Acción de HM | Op. | Indicación | Acción de HM | Op. | Indicación | Acción de HM | Op. | Indicación | Acción de HM |
| 1 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 1 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 1 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 1 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 2 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 2 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 2 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 2 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 3 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 3 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 3 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 3 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 4 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 4 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 4 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 4 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 5 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 5 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 5 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 5 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 6 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 6 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 6 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 6 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 7 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 7 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 7 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 7 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |
| 8 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 8 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 8 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes | 8 | <input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. pac. <input type="checkbox"/> desp. entp | <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes |

* A completar por el administrador de los datos.

** Opcional, se usará si se considera apropiado, según las regulaciones y necesidades locales.

ANEXO 4

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA | INDICADOR | GATEGORIA | INDICE |
|--|---|---------|---|--|--|
| Adherencia al lavado de manos | Se constatará mediante un check list que, el personal de enfermería efectúa el lavado de manos, considerando los 5 momentos de lavado de manos prescritos por la OMS. | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Se lava las manos antes del contacto con el paciente • Se lava las manos antes de una tarea aséptica. • Se lava las manos después de riesgo de exposición a fluidos. • Se lava las manos después del contacto con pacientes. • Se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Mala • Regular • Buena | <ul style="list-style-type: none"> • Mala <60% • Regular 60%- 80% • Buena >80 % |
| Cultura de seguridad de los enfermeros | Se llevará a cabo la evaluación mediante una encuesta autoadministrada a los enfermeros que comprende 5 dimensiones relacionadas a la seguridad del paciente | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad brindada en el trabajo • Seguridad brindada por la dirección • Seguridad desde la comunicación • Frecuencia de sucesos notificados • Seguridad desde la atención primaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Cultura fuerte. • Cultura Débil | <ul style="list-style-type: none"> • Cultura fuerte: ≥ 75% de respuestas positivas a ítems en positiva; ≥75% de respuestas negativas a ítems en forma negativa • Cultura Débil: ≥ 50% de respuestas negativas a ítems positivos. |

ANEXO N° 4
VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Informante: CAMPOS ULLOA GRECIA

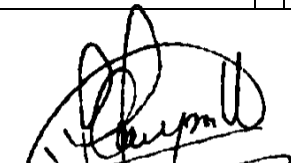
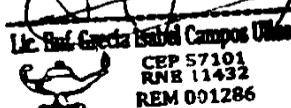
Institución donde Labora: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

Título de la Investigación: Cultura de Seguridad y adherencia al lavado de manos en enfermeras de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Docente de Trujillo, 2024.

Instrucciones: indicar colocando en el recuadro de criterios de evaluación si o no de acuerdo a su evaluación, añadir observación para modificar la premisa, según corresponda

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

| ENUNCIADOS | Criterios de evaluación | | | | Observaciones |
|---|-------------------------|-------------|------------|----------|---------------|
| | Objetividad | Pertinencia | Relevancia | Claridad | |
| DIMENSIÓN 1. Seguridad en el área de trabajo | | | | | |
| 1. El personal de enfermería se apoya mutuamente en el servicio. | si | si | si | si | |
| 2. Hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral | si | si | si | si | |
| 3. Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo | si | si | si | si | |
| 4. En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto. | si | si | si | si | |
| 5. Ante cualquier fallo se pone en marcha medidas para evitarlo | si | si | si | si | |
| 6. ¿Cuándo existe sobrecarga laboral hay ayuda entre compañeros? | si | si | si | si | |
| DIMENSIÓN 2. Seguridad brindada por la dirección | | | | | |
| 7. Mi jefe hace comentarios favorables ante un trabajo conforme. | si | si | si | si | |
| 8. Mi jefe considera las sugerencias del profesional de enfermería. | si | si | si | si | |
| 9. Mi jefe quiere que trabajemos a presión más rápido. | si | si | si | si | |
| 10. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes. | si | si | si | si | |
| DIMENSIÓN 3. Seguridad desde la comunicación | | | | | |
| 11. Se informa los cambios realizados a partir de los sucesos notificados. | si | si | si | si | |
| 12. Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | si | si | si | si | |
| 13. Discute como prevenir errores para que no vuelvan a suceder. | si | si | si | si | |
| 14. Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien | si | si | si | si | |
| DIMENSIÓN 4. Sucesos notificados | | | | | |
| 15. Se notifica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente. | si | si | si | si | |
| 16. Se notifica los errores, aunque no tenga potencial de daño al paciente. | si | si | si | si | |
| DIMENSIÓN 5. Seguridad desde la atención primaria | | | | | |
| 17. El ambiente del servicio promueve la seguridad al paciente. | si | si | si | si | |
| 18. Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno. | si | si | si | si | |
| 19. Demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. | si | si | si | si | |
| 20. Cuando ocurre un suceso se interesa en la seguridad del paciente. | si | si | si | si | |


Lic. Graf. Grecia Isabel Campos Ulloa

 CEP 57101
 RNE 11432
 REM 001286



UPAO

Facultad de Ciencias de la Salud

ANEXO 3

CARTA DE COMPROMISO DE ASESORÍA

Trujillo, 26 de febrero de 2024

Señor:

MG. HUGO VALENCIA MARIÑAS

Director Académico

Segunda

Especialidad

Profesional

Trujillo.-

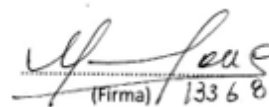
Estimado Señor Director:

Cordialmente me permito comunicarle mi aceptación como asesor(a) para dirigir el Proyecto de Tesis titulado ““Cultura de Seguridad y adherencia al lavado de manos en enfermeras de Centro Quirúrgico, HRDT 2024” el mismo que será desarrollado por el (la/los) licenciado(os)(as): ROXANA PATRICIA DEL PINO INUMA Y PIERINA MILAGROS CABANILLAS GUTIERREZ, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en CENTRO QUIRURGICO

Declaro que conozco mis obligaciones como asesor(a) de Tesis, las cuales son:

- a. Asesorar virtualmente al estudiante en la elaboración del Proyecto de Tesis
- b. Dirigir y asesorar al estudiante en el desarrollo del trabajo de Tesis.
- c. Asesorar la recolección y el análisis de la información.
- d. Revisar y corregir el contenido, la metodología, la redacción, el estilo y la presentación del Proyecto y informe digital de Tesis.
- e. Velar para que el estudiante en su desempeño se ajuste a los principios de la ética profesional, la calidad y la eficiencia.
- f. Asistir a la sustentación no presencial del informe final de Tesis.

Cordialmente,



(Firma) / 133 6 8

Amalia Lau Cabanillas



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO

*Juntos por la
Prosperidad*

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS

N° 35

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

AUTORIZA:

La realización del Proyecto de Investigación : "CULTURA SE SEGURIDAD Y ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO", periodo de Enero del 2023 a Abril del 2024. Teniendo como Investigadoras a las estudiantes de la Escuela de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Autoras :

- DEL PINO INUMA ROXANA PATRICIA
- CABANILLAS GUTIERREZ PIERINA MILAGROS

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia

Trujillo, 22 de Febrero del 2024


Dra. Jenny Kalverde López
CMP. 23822 RNE. 11837
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN
Hospital Regional Docente de Trujillo

JVL/gbm
c.c. archivo

"Juntos por la Prosperidad"

Dirección: Av. Mansiche Nº 295 – Urb. Sánchez Carrión – Teléfono 231581.
Página Web: www.hrdt.gob.pe

