



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REGISTRO DE
EVENTOS ADVERSOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LIMA 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTADO POR:

FLORES LLANCO, EDITH ELIZABETH

ASESOR:

MG. ABURTO SANTILLAN, IVAN JAVIER

LIMA-PERÚ

2022

DEDICATORIA

Agradezco a Dios, por la entereza y fortaleza que me brinda día a día y en los tiempos de dificultad; a mi madre por su apoyo constante, a mis hijos quienes son el motivo de mi superación y la fuente de mi esperanza y alegría.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad privada Norbert Wiener por permitirme ser parte de sus egresados con un programa de capacitación de calidad, manteniéndose en tempos tan difíciles como la pandemia.

A los docentes de la universidad por sus enseñanzas y su enorme aporte.

A mi asesor Mg. Basurto por su orientación en el desarrollo del presente proyecto.

ASESOR:
MG. BABURTO SANTILLAN, IVAN JAVIER

JURADO

PRESIDENTE : Mg. Fernandez Rengifo, Werther Fernando

SECRETARIO : Mg. Uturnco Vera, Milagros Lisbeth

VOCAL : Mg. Rojas Ahumada, Magdalena Petronila

ÍNDICE

CARÁTULA	i
TÍTULO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR	v
JURADO	vi
ABSTRACT	9
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Delimitación de la investigación	7
1.5.1. Temporal:	7
1.5.2. Espacial:	7
1.5.3. Recursos:	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis	23
2.3.1. Hipótesis general	23
2.3.2. Hipótesis específicas.....	23
3. METODOLOGÍA	25
3.1. Método de investigación	25
3.2. Enfoque de investigación	25
3.3. Tipo de investigación	25

3.4. Diseño de investigación.....	25
3.5. Población, muestra y muestreo.....	25
3.6. Variables y Operacionalización.....	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.7.1. Técnica.....	29
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	29
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	30
3.9. Aspectos éticos.....	31
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	32
4.1. Cronograma de actividades.....	32
4.2. Presupuesto	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS.....	40
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	41
ANEXO 2: INSTRUMENTOS.....	43
ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	47
ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	49
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO	52
ANEXO 6: INFORME DE ASESOR DE TURNITIN	53

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud reconoce a la seguridad del paciente y la establece como prioridad sanitaria, dado que los daños causados por eventos adversos se encuentran entre las principales causas de muerte y discapacidad de pacientes en el mundo (1). En este sentido la Cultura de seguridad de los pacientes se convierte en un pilar fundamental de la atención sanitaria, frente a la esta problemática el presente proyecto de investigación que tiene por título: Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021, tiene como objetivo: Determinar cuál es la relación entre la Cultura de seguridad del paciente en el registro de eventos adversos. Siendo de metodología de investigación de nivel básica, con un diseño no experimental y correlacional, en una población de estudio de 60 enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos Covid del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Para la recolección de datos se empleará como instrumento el cuestionario, para la primera variable se usará el Cuestionario de Cultura de seguridad de pacientes que cuenta con 42 ítems, en su versión española adaptada en el 2005 que cuenta con 0.958 de Alpha de Cronbach; mientras que para la segunda variable se usará el Cuestionario sobre Registro de eventos adversos que cuenta con 13 ítems y posee un nivel de confiabilidad de 0.707 según Alpha de Cronbach. Para determinar el nivel de correlación entre las variables se llevará a cabo la prueba de Chi cuadrado.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, registro de eventos adversos, enfermeras, unidad de cuidados intensivos.

The World Health Organization recognizes patient safety and establishes it as a health priority, since the damages caused by adverse events are among the main causes of death and disability of patients in the world (1). In this sense, the Culture of patient safety becomes a fundamental pillar of health care, facing this problem the present research project entitled: Culture of patient safety and registry of adverse events by nurses of the Intensive care unit of a hospital in Lima 2021, aims to: Determine what is the relationship between the Culture of patient safety in the record of adverse events. Being a basic level research methodology, with a non-experimental and correlational design, in a study population of 60 nurses who work in the Covid intensive care unit of the Alberto Sabogal Sologuren National Hospital. For data collection, the questionnaire will be used as an instrument; for the first variable, the Patient Safety Culture Questionnaire will be used, which has 42 items, in its Spanish version adapted in 2005, which has 0.958 of Cronbach's Alpha; while for the second variable, the Adverse Events Registry Questionnaire will be used, which has 13 items and has a reliability level of 0.707 according to Cronbach's Alpha. To determine the level of correlation between the variables, the Chi square test will be carried out.

Keywords: Patient safety culture, adverse event registry, nurses, intensive care unit.

1. EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema

La organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 en la Asamblea Mundial de Salud, reconoce la seguridad del paciente como prioridad sanitaria, dado que los daños causados por eventos adversos, conforman una de las principales causales de muerte y de discapacidad de los pacientes en el mundo; se estima que se producen anualmente 134 millones de eventos adversos en los países contribuyendo a la muerte de 2,6 millones de personas aproximadamente; además el 50% de eso eventos fueron prevenibles y cada año producen un costo aproximado de 42 millones de dólares a los sistemas de salud. (1)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) realizó un estudio el 2018 involucrando países como Alemania, Canadá, Corea del Sur entre otros, encontrando que el 15% de todos los costos hospitalarios fueron atribuibles a daños por eventos adversos, estima que 1 de 10 usuarios sufren durante la atención hospitalaria algún evento adverso; concluye que en temas de financiamiento, el invertir en la reducción de los eventos adversos conduce a ahorrar de forma significativa y produce mejoras en los resultados de la atención al paciente. (2)

En este sentido hablar de Cultura de seguridad del paciente involucra directamente a la atención brindada por los y las enfermeras; siendo una dimensión esencial de la calidad de atención asistencial y forma parte de las estrategias que buscan reducir el daño colateral derivado de la propia asistencia sanitaria; requiere para ello habilidades técnicas y de interacción humana copiosa en el cuidado, en todos los niveles de atención y los servicios de salud. (3)

La falta de cultura de seguridad del paciente, en el personal sanitario generan eventos adversos y éstos se derivan en problemas políticos y sociales, a razón de que conllevan a la pérdida de confianza en los sistemas de salud, las políticas

gubernamentales y capacidad resolutive de las instituciones que tienen carácter de asistencia sanitaria y social. (1) La complejidad del sistema de salud propende al ser humano a cometer errores, más aún en las unidades de cuidados críticos, donde la dinámica de atención tiende a desarrollarse en un ambiente lleno de situaciones consideradas estresantes, razón por la cual se debe prestar mayor atención al producirse un evento adverso, conlleva que se busque entender y someter a estudio las razones que lo generaron y formular estrategias de mejora. (4)

En esta línea de temática, y a pesar de los avances en materia de seguridad de los pacientes, muchos países se ven seriamente afectados, países como España que según un estudio de la Universidad Católica de Murcia en el 2019, sostiene que la labor de enfermería es crucial para la supervivencia y recuperación de los pacientes, menciona que la seguridad del paciente se ha convertido en un reto cultural en áreas de nivel crítico, demostró que al dotar un enfermero por 4 pacientes se reduce la mortalidad en un 7%, reducción de reingresos y disminución de la estancia hospitalaria, el asignar pacientes que superen el límites de seguridad por enfermero incrementa el riesgo de muerte en un 4%. (5)

Asimismo, en el 2020 en Cataluña se produjeron un 13,9% de eventos adversos durante el traslado de pacientes críticos, resaltando que los pacientes de unidades críticas se encuentran más expuestos a sufrir eventos adversos durante su estancia hospitalaria, por todas las condiciones y necesidades de atención que presentan. (6) De igual forma un estudio multicéntrico en México el 2018, encontró que de los eventos adversos reportados el 70,5% fueron evitables, de éstos el 55,9% no fue reportado a la familia; haciendo evidente la urgente necesidad de reforzar la temática cultural concerniente a la seguridad del paciente. (7)

En tanto, un estudio realizado en América Latina el 2017 en hospitales de Brasil, Colombia y Perú, mencionan que de la totalidad de eventos adversos que se presentaron, el 70% se relacionaron con deficiente comunicación entre el equipo y el 31,7% de estos pudieron haber sido evitados; el estudio concluye que es

necesario el reforzamiento de la cultura de los profesionales de salud en cuanto a fomentar y procurar la seguridad del paciente. (8)

En el Perú se considera la seguridad del paciente como una de las bases de las políticas nacionales de calidad de atención de salud; el 2020 se implementó la nueva directiva de Rondas de seguridad del paciente con la finalidad de contribuir la calidad de atención y a la larga con la calidad de vida de todos los usuarios de los servicios en materia de salud tanto a nivel público como privado. (9)

Las unidades de cuidados intensivos representan áreas de alta especialización de cuidados, el atender a un paciente crítico requiere amplia concentración y especificidad de cuidados, durante el periodo de rotación por la unidad de cuidados intensivos covid del hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren se pudo convivir con el personal y se observó que en la gran mayoría de casos el personal de enfermería aún no hace inherente al cuidado practicar la Cultura de seguridad del paciente y no se produce la notificación de eventos adversos de forma adecuada, pudiendo evidenciar la carencias propias en materia de cultura de seguridad de pacientes, no existen manuales de cultura de seguridad, guías de registro adecuado de eventos adversos, no se contaban con los formatos, no existe base de datos específica para los eventos adversos, la comunicación en los periodos de traslados de pacientes, ingreso o egresos de los mismos era inadecuada, entre otros, ante esas experiencias surge la necesidad para realizar el presente estudio.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar cuál es relación entre la cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación que existe entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.
- Determinar la relación que existe entre el trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.
- Determinar la relación que existe entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.
- Determinar la relación que existe entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.
- Determinar la relación que existe entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

El entorno de las áreas críticas requiere el manejo intensivo de los pacientes, la unidad de cuidados intensivos es un área con múltiples escenarios que pueden representar inseguridad para el paciente; dado que ningún ambiente hospitalario representa una zona completamente segura, sin embargo poseer y fomentar seguridad para los usuarios desde el nivel cultural puede considerarse un factor clave para eliminar o disminuir los riesgos, como se han descrito en la literatura, en gran proporción, los eventos adversos son evitables; la perspectiva requiere un enfoque preventivo y de protección al usuario, la premisa es que toda organización hospitalaria debe enfocar la seguridad del paciente desde el aspecto cultural, fomentar en todos los niveles de la organización y en todos los involucrados con un liderazgo comprometido y con enfoque de oportunidad en las dificultades. Los eventos adversos se relacionan con el propio cuidado y están ligados a una pobre cultura de seguridad, siendo los enfermeros los principales notificadores; es por ello que en base a las teorías existentes se buscan establecer patrones de comportamiento en el enfoque cultural y la relevancia de los registros de eventos adversos de forma adecuada; la visión de la cultura de seguridad fomenta el aprendizaje continuo ante el suceso de un evento adverso y busca eliminar su representación como mérito de acciones punibles y de castigo.

1.4.2. Metodológica

El estudio permitirá vigorizar la creciente necesidad de la cultura de seguridad del paciente en los enfermeros y en los sistemas de salud, siguiendo los lineamientos metodológicos de la universidad, desde el enfoque correlacional de las variables de estudio, y su relación: cultura de seguridad y registro de eventos adversos. Determinar además si la cultura de seguridad puede afectar el registro de eventos adversos o si éstas actúan de forma independiente y se podrá brindar un modelo de medición de los fenómenos de estudio. Para ello se cuentan con instrumentos validados, para la primera variable empleará el cuestionario de la versión española de la Cultura de seguridad del paciente de 42 ítems y un cuestionario validado con 13 ítems para la segunda variable registro de eventos adversos.

1.4.3. Práctica

El estudio se justifica en forma práctica porque los resultados que se obtengan de la aplicación de la presente investigación pueden ser precedentes o referentes para la mejora de las condiciones de la cultura de seguridad del paciente y el registro de los eventos adversos, dado que aún en tiempos modernos, la inseguridad en los pacientes aún está presente, persistiendo deficiencias que pueden y deben ser mejoradas de la dirección y gestión. Una vez realizado el estudio los resultados de la presente serán emitidos a las autoridades pertinentes del área hospitalaria de estudio dándose a conocer y buscando ser referente para posteriores investigaciones y además generar cambios en base a los resultados en el Hospital Sabogal.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal:

En cuanto a la delimitación temporal presentada en el presente proyecto se mencionan los meses de diciembre 2021 a enero 2022.

1.5.2. Espacial:

En cuanto a la delimitación espacial se pretende realizar en el área de cuidados intensivos del área covid, ubicado en Jirón Colina 1008, Bellavista-Callao del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

1.5.3. Recursos:

Los recursos necesarios serán financiados por la investigadora, tanto materiales, humano y económico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Morales CCM., et al. (2020). Realizaron un estudio con el objetivo de “*Analizar las contribuciones en la seguridad del paciente de la notificación de eventos adversos y el proceso de atención segura*” Se hizo una búsqueda y revisión de todos los componentes de la notificación de eventos adversos y la contribución en la seguridad del paciente en buscadores de Scielo, LILACS y BDNF. Se empleó la estrategia PICO y el diagrama de flujo PRISMA para el análisis de contribuciones. Resultados: se identificaron que la correcta identificación de los factores que afectan la notificación de eventos adversos y el proceso de atención es muy importante para mantener la seguridad en la atención de salud. Mientras más notificaciones se presentaban mejor se identificaban los factores que causaban inseguridad del paciente. Concluyen que la notificación de eventos adversos brinda una atención más segura, ya que el análisis de los incidentes permite identificar sus causas e implementar estrategias que minimicen los eventos adversos y los errores vitales, en la seguridad del paciente. (10)

Navarro XA., et al. (2020). Realizaron un estudio con el objetivo de “*Identificar como las enfermeras notifican los eventos adversos, qué elementos influyen y que estrategias sugieren*”. Chile. El estudio se realizó una unidad de cuidados críticos de la región de Magallanes, a través de entrevistas y grupos de discusión. Los resultados evidencian que las enfermeras notifican los eventos adversos verbalmente y por escrito al coordinador inmediato, y cuando no se notificaron los eventos se debió principalmente a la falta de conocimiento de la cultura de seguridad, miedo a represalias y castigo laboral. Concluyen que las enfermeras no reportan eventos adversos por miedo al castigo, lo que indica la necesidad de revisar la cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados críticos. (11)

López E. et al. (2019). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar como *“La cultura de seguridad del paciente, notificación de eventos adversos en el personal de enfermería y su relación con la ética profesional en un Hospital”*. México. Para el estudio se emplearon cuestionarios como instrumentos de medición a 168 profesionales de enfermería con una fiabilidad de 0.710 para la cultura de seguridad de los pacientes. Los resultados reflejaron que el índice global del clima ético fue de 56.9%, las enfermeras percibieron un clima de seguridad en el 57.1%, el 88.7% no notificaron eventos adversos; se encontró una relación estadísticamente significativa positiva entre el clima ético y los eventos adversos de $rs= 0.404$, $p=0.003$, además de una relación estadísticamente significativa de $rs= 0.636$ y $p=0.000$ entre el clima ético y la percepción de seguridad. Concluyen que el clima ético en un ambiente positivo y de confianza se orienta al trabajo colaborativo entre profesionales y pacientes; sin embargo, el estudio halló desconfianza y subordinación en la relación con los jefes y con el hospital haciéndolos propensos a no realizar la notificación de eventos adversos. (12)

Barbosa RF. Et al. (2020). Realizaron un estudio con el objetivo de *“Evaluar la cultura de seguridad del paciente y la notificación de eventos para la gestión de la seguridad de la rutina del trabajo”*. Brasil. El estudio se llevó a cabo en un hospital de la región de Niteroi en el que participaron médicos y enfermeras. Los resultados muestran que menos del 45% de los participantes reportaron eventos adversos que afectaron al paciente, el 59% no hizo ninguna notificación durante un año, no se encontraron diferencias entre el personal médico y de enfermería, no se hallaron correlaciones entre el tiempo profesional, carga de trabajo y el número de notificaciones. Concluyen que la seguridad del paciente es influenciada por la notificación de eventos adversos y su adherencia al mismo. (13)

Leyes L. et al. (2020). Realizaron un estudio con el objetivo de “*Sentar las bases de un sistema de notificación de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos en relación con los daños que generan en la seguridad del paciente*”. Uruguay. Se realizó un estudio a 174 profesionales de salud. Los resultados mostraron que del total de eventos adversos notificados, el 35% se relacionaron con los dispositivos invasivos del paciente: retiro de sondas y catéteres en un 42%, 12,8% relacionado a la medicación de alto riesgo; los eventos adversos tuvieron relación significativa con la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos con ($p=0.001$); uso de sedoanalgesia ($p=0.039$) y el 76,6% de éstos la salud de paciente se vio altamente comprometida generando daños asociados sin asociación a la mortalidad ($p=0.096$). Concluyen que los eventos adversos son muy frecuentes en la unidad de cuidados intensivos, y que el reporte de eventos adversos puede convertirse en una herramienta útil para la seguridad del paciente, pero depende de la calidad de registro efectuada por el personal. (14)

2.1.2. Nacionales

Berna FC. (2020). Realizó un estudio con el objetivo de “*Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente percibido y la notificación de los eventos adversos de un hospital*”. Piura. El tipo de investigación fue analítico, prospectivo y correlacional, participaron 91 profesionales, para la medición de las variables se usó el cuestionario de seguridad. Como resultado se menciona que el personal cuenta con una cultura negativa y neutral en el 90% de los casos además que estos se relacionaron con el 74% de eventos que no fueron notificados con $p=0.035$. Concluye que para lograr que la institución cuente con una mejor cultura de seguridad es necesaria la participación activa a nivel administrativo y gerencial. (15)

Cruz LA. (2019). Realizó un estudio con el objetivo de “*Establecer la relación que se da entre los eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras del servicio de cuidados intensivos*”. Lima. La investigación correlacional empleó como técnica un cuestionario sometido a validez y confiabilidad. Como resultados mostró que el 25% del personal de enfermería refirió que existe un registro inadecuado de eventos adversos. Según Chi

cuadrado el registro de eventos adversos y la frecuencia de los mismos, además del aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo se relacionaron con $p=0.03$. Concluye además que las enfermeras mantienen una cultura de seguridad fuerte en relación a los eventos notificados. (16)

Mori NR. (2018). Realizó un estudio con el objetivo de: *“Determinar cuál es la relación entre la cultura de seguridad y la prevención de los eventos adversos”*. Lima. El tipo de investigación es de enfoque cuantitativo y correlacional, con un muestreo de 40 participantes, se usó un cuestionario tipo Likert sometido a validez y confiabilidad. El nivel de cultura de seguridad del paciente fue malo en un 7.5%, regular en un 35% y buena en un 15%, asimismo el aperecibimiento de eventos adversos fue malo en un 7.5%, regular en un 17.5% y buena en 2.5%. Concluye que la relación entre cultura de seguridad y aperecibimiento de los eventos adversos se relacionan significativamente. (17)

Quispe A. (2020). Realizó una investigación con el objetivo de determinar la *“El conocimiento de eventos adversos y su relación con las actitudes de la seguridad del paciente en una clínica”*. Lima. El estudio correlacional tuvo una muestra de 60 participantes. Los resultados sugieren la existencia de una relación positiva entre ambas variables $\chi^2= 11.49$, $\text{cramer}=0,436$. Concluye en que los conocimientos de eventos se relacionan a las actitudes sobre la Cultura de seguridad del paciente, siendo así como al tener mayor conocimiento existe una actitud mejor. (18)

Figueroa CMF. (2017). Realizó una investigación con el objetivo de determinar *“Relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el servicio de emergencias del Hospital”*. Lima. El estudio de enfoque cuantitativo no experimental y correlacional, con 30 participantes enfermeras, concluyó en que existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos del servicio, Rho de Spearman de 0.781 y $p= 0.000$. (19)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cultura de seguridad del paciente

Definición: Según la Agency for health Research and quality define la cultura de seguridad como: *“Un grupo integrado con los valores y comportamientos a nivel individual, además de la organización que cimienta en los valores compartidos la búsqueda y fomento de la reducción de daños hacia el paciente a través de los procesos de trabajo en equipo”* (20)

Además de esta definición se pueden encontrar otras definiciones:

La seguridad del paciente es definida por la Organización Mundial de la Salud como: *“Disciplina que busca la atención del paciente con el objetivo de prevenir y reducir los riesgos y daños que pueden sufrir los pacientes durante el proceso sanitario de atención, siendo un requisito indispensable para una atención de calidad, requiriendo lineamientos políticos, claros y liderazgo profesional calificado”*. (21)

Para el Ministerio de Salud (MINSA), *“la cultura de seguridad del paciente es el patrón integrado que expresa el comportamiento a nivel individual y en forma colectiva dentro de la organización, esta se basa en las creencias, actitudes y valores que son compartidos entre ambos, con el objetivo de reducir al mínimo el daño que pueda sufrir el paciente en el proceso de atención”*. (22)

Pasos para crear la seguridad del paciente:

Según la Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA), se debe:

- A. Promover conciencia activa de seguridad del paciente, para ello cada miembro del equipo debe reconocer como necesaria las responsabilidades individuales y compartidas en la seguridad del paciente y aplicarlos en todos los procesos de atención.
- B. Promover el reconocimiento oportuno de los errores y eventos de forma consiente y con actitud observadora.
- C. Luego de cada evento promover actitudes de aprendizaje y constante mejora, proponer acciones que eviten el desarrollo de nuevos eventos.

2.2.1.1. Teorías de cultura de seguridad

Los fundamentos de seguridad en la atención de los usuarios se concentran en dos líneas de pensamiento que están muy ligadas entre sí:

- **Teoría del error de Reason:** Esta teoría sostiene que el ser humano por su condición es falible y está expuesto a cometer errores pese a esforzarse por no cometerlos, los errores son parte del proceso y está expuesto a cometer esos errores, al equivocarse se diseñan procesos más resistentes al anterior con menos posibilidad de fallas y menos proclives a situaciones de riesgo para los demás; además ante el error se pretende estrategias que detecten e intercepten en forma oportuna dichos errores.
- **Teoría de la cultura de seguridad:** Esa teoría sostiene que deben involucrarse valores, guías y métodos comunes a los individuos involucrados, para ello es necesario que se imparta un prototipo intelectual cuyo objetivo este destinado a alcanzar como el cimiento de perseguir la seguridad del paciente, haciéndolo inherente al cuidado; además busca generar ambientes con climas abiertos y de confianza mutua, los errores se convierte en fuentes de aprendizaje y no como medio de culpa a los involucrados. Entonces el objetivo principal es reducir el daño y el error, a pesar que el error es inherente a la condición humana puede ser minimizado. (24)

2.2.1.2. Evolución histórica

El término de Cultura de seguridad se emplea a partir del desastre de Chernóbil en 1996, donde se presentó una explosión radioactiva, muchos fueron los factores que generaron el desastre, pero fueron catalogados como “falta de cultura de seguridad”, así se dio el punto de partida de conversación sobre la Cultura de seguridad. (25)

Hasta el 2000 después de una publicación titulada “To err is human” en 1999, se establece la importancia de la cultura de seguridad de los pacientes en el proceso de atención de salud, dado que el estudio

realizado en Estados Unidos puso en evidencia el enorme impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes los errores e inseguridad del paciente. (26)

Es entonces que la OMS en el 2004 crea la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, buscando regular, difundir y proponer enfoques que busquen minimizar los riesgos y garanticen seguridad en todo el mundo y en todos los ámbitos de atención para los pacientes, además propone que la investigación de los mismos sea prioritaria en todos los países para conocer sus situaciones. (27)

En el año 1021 la Organización Panamericana de la Salud en coordinación con la OMS, realizó un estudio sobre la Seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica, se conoció como el estudio IEBAS por sus siglas en inglés, tuvo como participantes países como Perú, Argentina, Costa Rica, Colombia y además México, se convirtió como red pionera de estudios posteriores de seguridad del paciente. (28).

En tanto, en el Perú en 2014 el MINSA busca incorporar estos objetivos internacionales para la seguridad del paciente para ello buscó promover mejoras específicas, lineamientos políticos y dotar de recursos administrativos para mejorar los servicios de salud con enfoque en la seguridad del paciente. (29)

En el 2019 la OMS, establece como Día Mundial de la Seguridad del paciente el 17 de setiembre a nivel mundial, haciendo hincapié en el fomento de acciones mundiales encaminadas a prevenir y reducir los daños causados a los usuarios derivados de la atención en salud. (30)

La cultura de seguridad del paciente está íntimamente relacionada con las creencias y actitudes que poseen las personas en su práctica profesional a fin de garantizar una atención de calidad sin daño al paciente.

2.2.1.3. Lograr la Seguridad del paciente modelo español

- A. Desarrollar una cultura de seguridad es imperativo creando un escenario de cultura abierta y justa, cada miembro reconoce sus responsabilidades de forma consiente, dando la importancia debida a la seguridad, entonces presentará mayor disponibilidad al diálogo acerca de los errores, con esta predisposición se mejora ampliamente la calidad de atención y seguridad.
- B. Liderar y apoyar al personal, estableciendo una posición firme sobre la seguridad, motivando, comprometiendo y evaluando su aplicación en cada servicio contando con líderes con capacidad de manifestación en cada reunión retroalimentando las deficiencias.
- C. Integrar en las actividades de contingencia, implementar secuencias de acción que puedan ser la causal de fallas en la seguridad del paciente, esta gestión debe darse de forma íntegra con capacidad de difusión y replicas en otras áreas.
- D. Promover la notificación de eventos adversos: Se debe garantizar que los eventos e incidentes sean rápidamente notificados de forma clara y precisa y establecer un sistema de información, generando los datos necesarios para el enfoque de recursos a fin de garantizar el cambio en la organización.
- E. Involucrar a los pacientes: Desarrollar e implementar vías de comunicación abiertas que integren de forma abierta la comunicación activa de los usuarios y sus familias, para que participen de su propio cuidado, pueden emplearse las experiencias personales como usuarios para un mejor diagnóstico de riesgos.
- F. Interiorizar y compartirá las lecciones de seguridad del paciente: El personal debe analizar las causas de cómo y porqué suceden los incidentes de seguridad, es importante definir que no se buscan culpables sino transmitir la identificación de la raíz de los problemas para su análisis a fin de garantizar que no se repita.
- G. Implantar soluciones de seguridad del paciente: Los cambios deben basarse y sustentarse en las lecciones aprendidas y convertidas en procedimientos o sistemas identificando los factores que influyen en los incidentes de seguridad. (31)

2.2.1.4. La evaluación de la cultura de seguridad de los pacientes

La AHQR sintetiza la medición de la cultura de seguridad de los pacientes como “Logro de aptitudes a nivel individual y colectivo sosteniendo capacidad de apreciación con hábitos de compromiso con la organización”. Para la medición de la Cultura de seguridad de los pacientes se emplea un cuestionario de versión española traducido del inglés, el cual se divide en 12 dimensiones, teniendo diversas perspectivas para medir dicha variable.

2.2.1.5. Dimensiones de la variable

Para el presente estudio se agruparon de la siguiente forma:

- A. **Seguridad en el trabajo:** Se dirige a medir si se cuenta o no con la percepción de un trabajo comprometido con la seguridad, de forma concreta en el ritmo de trabajo y efectividad de los procedimientos existentes, para ello también se toman en cuenta la frecuencia de notificación de eventos adversos y los sistemas de reportes encaminados a garantizar la responsabilidad individual, social e institucional para con el paciente y su seguridad.
- B. **Trabajo en equipo:** La atención sanitaria debe ser segura, para ello el personal debe ser competente y tener en claro sus responsabilidades, buscando lo mejor para el usuario y salvaguardando su seguridad, este trabajo en equipo debe mantenerse en el servicio, con otras unidades y áreas, el objetivo es que la eficiencia se mantenga dentro y fuera del servicio, dado que se presentan situaciones de traslado, ingreso y egresos de los pacientes.
- C. **Comunicación:** Infiere las medidas preventivas que las organizaciones permiten resguardar y de forma reactiva protegiendo la información, basándose en el respeto de la confiabilidad, evitando errores en los cambios que se implementan, la comunicación debe asentarse en la confianza como medio de una cultura positiva en la organización.

- D. **Dirección y gestión:** Esta dimensión contempla la formación organizacional, que se origina en la organización orientada hacia el desarrollo y generación de competencias y el aprendizaje en la que los profesionales de enfermería participan activamente en la mejora de sus competencias y conocimientos, en este aspecto influyen también la dotación del personal. La dirección debe mantener la línea de protección hacia el paciente, todos los enfoques deben fomentar y asegurar una cultura adecuada de seguridad.
- E. **Supervisión:** Todo personal asistencial en algún momento sufre el temor a cometer un error, sin embargo, en la cultura de seguridad debe admitirse y hacerse responsable del mismo, pero desde un enfoque de mejora y no de castigo, la supervisión debe ser ejercida por un líder con capacidad de transmitir confianza y firmeza en sus acciones, dado que los cambios de turno son los escenarios propicios de eventos adversos, se debe retroalimentar los objetivos del trabajo en todos los grupos de trabajo. (24)

2.2.2. Eventos adversos

Definición: Según la definición de la OPS, “*el evento adverso es el daño no intencional generado al paciente que se relaciona directamente con el cuidado de la salud*”. (32)

Un evento adverso es el resultado del efecto negativo derivado de una complicación en el proceso de atención en la salud del paciente. (33)

El Centro Nacional de Seguridad del Paciente define los eventos adversos como incidentes perjudiciales para el paciente, pudiendo ser lesiones o sucesos desafortunados que se relacionan directamente al servicio prestado en el ámbito hospitalario, pueden ser prevenibles al aplicarse los estándares de calidad relacionados al cuidado, y no prevenibles, que se presentan a pesar de establecer las medidas estratégicas del cuidado como infecciones de la cirugía a pesar de la bioseguridad y dotación de antibióticos al paciente. (34)

2.2.2.1. Evolución histórica

La OMS La Organización mundial de la salud frente a la alta incidencia de eventos adversos en el mundo estableció una Alianza Mundial para la Seguridad del paciente con el objetivo de disminuir los incidentes ocasionados en los pacientes hospitalizados en el año 2004. Se mantiene la problemática de que aún se consideran como universales, las disposiciones médicas en el cual muchos pacientes no son informados adecuadamente o son mal informados sobre sus patologías, existiendo una falta de cultura de seguridad participativa, sometiéndose al dictamen médico. (35)

Las magnitudes de los eventos adversos aún en la actualidad suelen ser cifras inexactas, dada la tendencia al ocultamiento por parte del personal debido a las sanciones o demandas, muchas veces son notificaciones inoportunas, existe temor hacia la exigencia de la responsabilidad y la latente desinformación al respecto. (29)

Para mitigar los efectos de los eventos adversos y prevenirlos según La Alianza Mundial de Seguridad del paciente (AMSP) éstos deben ser investigados, dichos eventos pueden ser:

- Infecciones asociadas a la atención: se estima que 1,4 millones de personas padecen de infecciones asociadas a la hospitalización
- Eventos adversos relacionados con el medicamento: de un 7% a 10% experimenta algún evento relacionado a los medicamentos, un aproximado del 10% de pacientes son hospitalizados por reacciones adversas a la medicación.
- Cirugía y anestesia. Entre más complejas sea la prestación del servicio mayor precaución debe acontecer con las acciones dirigidas a los usuarios de atención de salud. Un 50% de los eventos adversos se han registrado en cirugía, estos limitan con las deficiencias de los servicios, falta de personal capacitado, limitantes administrativas, entre otras.
- Administración de inyecciones sin seguridad: Aún en el mundo un 40% de las inyecciones se administran con jeringas reutilizadas, ocasionando la pérdida de 26 millones de vidas y una carga económica de 535 millones de dólares.

- Productos sanguíneos inseguros: Se producen anualmente entre el 5% al 15%, infecciones por VIH por transfusiones sanguíneas a pesar de los filtros.
- Eventos adversos relacionados por dispositivos médicos: Se estima que en Estados Unidos más de un millón de pacientes sufren eventos adversos por dispositivos médicos. (36)

La AMSP tiene como objetivo ayudar a los profesionales de la salud y las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad y los eventos adversos, para ello busca con las investigaciones:

- Determinar los daños: Estimar el número de pacientes que han sufrido eventos adversos o ha perdido la vida por los mismos, identificando los eventos adversos registrados a fin de aumentar la sensibilidad sobre el problema y poder así determinar las prioridades a tener en cuenta.
- Entender las causas: Identificando el problema se busca entender las causas, dado la complejidad del sistema no se atribuye a una sola causa, se debe también investigar los factores prevenibles y su cadena causal.
- Identificar soluciones: Estas deben abordar las causas fundamentales de la atención poco segura, deben ser eficaces y capaces de prevenir los posibles daños en la atención del paciente.
- Evaluar el impacto: Es importante evaluar los efectos y asequibilidad de las soluciones planteadas. (36)

2.2.2.1.1. El Perú y los eventos adversos

Para el MINSA en el 2015 *“Los eventos adversos son perjuicios no intencionales suscitados en el paciente que pueden agravar la enfermedad o llevar a la muerte del paciente, los eventos adversos generan el aumento en la tasa de hospitalizaciones”*. Estos eventos pueden darse en diferentes ámbitos y momentos:

- ✓ Administración clínica: El ámbito hospitalario pueden presentarse eventos adversos al realizar procedimientos que no estén indicados, la administración se hace de forma incompleta o se da de forma inadecuada, pueden darse en el paciente erróneo o el proceso indebido.
- ✓ Procedimientos asistenciales: Suelen ocurrir de forma imprevista debido a la falta de concientización profesional, ocurren principalmente cuando no está indicado el procedimiento o se da en el paciente equivocado.

- ✓ Errores en la documentación: Pueden generarse por premuras en el tiempo, demanda de pacientes o inexperiencia en el desarrollo del mismo, documentos ausentes o falta de los mismos en el servicio.
- ✓ Errores en la medicación: Pueden omitirse los 10 correctos en la administración de la medicación, al omitirse los pasos se pueden presentar eventos adversos como, paciente incorrecto, dosis incorrecta, entre otros.
- ✓ Gravedad de eventos adversos: Dependiendo del alcance del evento adverso pueden generar prolongación de la estancia hospitalaria o hasta la muerte del paciente. (37)

2.2.2.2. Enfermería y los registros de eventos adversos

La enfermera en la seguridad tiene un papel fundamental en el registro de eventos adversos, dado que estos se derivan del cuidado, el trabajo busca impartir un cuidado de calidad con raíces humanísticas y éticas en su labor. Los eventos adversos surgen a partir de un deficiente cuerpo de conocimientos, falta de habilidades y poco desarrollo de competencias en la seguridad del paciente. (38)

2.2.2.3. Dimensiones del registro de eventos adversos

Se deben tener en cuenta el contexto, elementos personales y laborales que interfieran con el adecuado registro a fin de identificarlos y minimizarlos, para el presente proyecto se tomaron en cuenta las siguientes dimensiones:

- **Dimensión laboral:** Refiere al conjunto de intervenciones que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, dado que la premisa para el año 2020 de AMSP estableció que para brindar seguridad en el paciente primero debe garantizarse la seguridad del personal.
- **Dimensión personal:** El personal debe identificarse con la cultura de seguridad del paciente a fin de poner en práctica una serie de actitudes y valores en el campo de acción, manteniendo la identidad con el trabajo y la responsabilidad al brindar directamente los cuidados a los pacientes.
- **Dimensión contextual:** Los elementos externos superpuestos en la atención requieren un mayor cuidado en la administración de ambientes adecuados que eviten los eventos adversos. (39)

2.2.3. Teoría de seguridad del paciente y los eventos adversos

2.2.3.1. Teoría del queso Suizo Reason

Este modelo sostiene que cada sistema de atención posee una serie de muros o espacios que separan los elementos de la exposición a daños ubicadas paralelamente unas con otras, sin embargo, se comunican a través de agujeros que pueden convertirse en fuentes de exposición, este sistema se asemeja al queso suizo por los agujeros, pudiendo representar:

- Fallas activas: Se denominan activas porque se originan del accionar de las personas que están en contacto y son parte activa del cuidado directo del paciente, estos son representados en su gran mayoría por el personal asistencial, afortunadamente el impacto suele ser breve y no continuo por la existencia de las demás barreras,
- Fallas latentes: Al ser parte del sistema por lo que general no son perceptibles y están ocultos, son parte del propio sistema, por lo que no son percibidos como fallas.

Estos agujeros al no estar alineados no constituyen un problema inmediato si una barrera falla la otra se activa, sin embargo, si las fallas son constantes y se suman se producirá el evento adversos o incidente pudiendo dañar al paciente. Entonces se entiende según esta teoría que el problema no se suscita en la presencia de una falla, sino que concurren varias fallas a la vez, resultando en una cadena de acontecimientos que generan los llamados eventos adversos. (40)

2.2.4. Teoría de enfermería: Teoría de Leininger Enfermería transcultural

La enfermera actual en el desarrollo de las ciencias de la salud, está inmersa en el proceso continuo de la atención de salud, replanteándose los saberes modernos y comparación en la práctica de salud, todo ello además se encuentra en constante cambio.

El modelo de Leininger postula la dualidad de enfermería, que es gestionada desde marcos referentes de la salud-enfermedad, biológico-cultural, individual y comunitario, técnica-cuidados, entre otros. La cultura son tradiciones y costumbres, que son transmitidas mediante el aprendizaje, estas experiencias se rigen en base de creencias y comportamientos de las personas expuestas a ellas, por lo que se considera que la cultura no es en sí misma

biológica, pero se apoya en la biología humana y es producto de la elaboración humana. Así mismo sostiene que para ejercer y pertenecer a una cultura la persona, debe poseer identidad cultural, que es definida como un conjunto de valores, tradiciones y creencias y que guían los modos de comportamiento que fundamente y fomenten el sentido de pertenencia.

Para el cuidador de salud la cultura no puede pasar por desapercibida, no sólo afecta a los receptores sino al propio personal, influencia tanto el desarrollo como ser humano, desde lo biológico hasta lo social, entonces se considera a la cultura como el ente regulador que condiciona el comportamiento e influye en las decisiones de quienes están inmersos en ella. (41)

La cultura de seguridad del paciente se encuentra en estas definiciones, dado que se requiere que el personal de enfermería se sienta identificado con la cultura de seguridad de los pacientes y oriente sus actividades en función de la dotación de seguridad, siguiendo con el modelo transcultural de Leininger que enfatiza la importancia de la cultura para el desarrollo del ser humano y el comportamiento dual de enfermería durante el proceso de atención en salud.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

2.3.2. Hipótesis específicas

H11: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H01: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H12: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H02: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H13: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H03: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

HI4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H04: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

HI5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

H05: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Para el presente estudio se empleará el método hipotético- deductivo donde se busca comprobar la hipótesis planteada y deduciendo de ello, la relación entre las variables investigadas. Según Popper (42), tiene el objetivo de comprender el fenómeno de estudio y explicar sus posibles causales, implican predecir la situación del fenómeno planteado y demostrar su probable causalidad.

3.2. Enfoque de investigación

El enfoque del presente estudio es el cuantitativo dado que se emplearan datos estadísticos con indicadores cuantitativos.

3.3. Tipo de investigación

De acuerdo a Sampieri (43), el tipo de investigación es básica, emplea la recolección y análisis de datos para contestar o comprobar la hipótesis para ello se basa en medios estadísticos.

3.4. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es el no experimental, según Sampiere (43) la investigación no experimental se divide teniendo en cuenta el tiempo de recolección de datos por lo que será transversal y correlacional debido a que buscará la relación de variables.

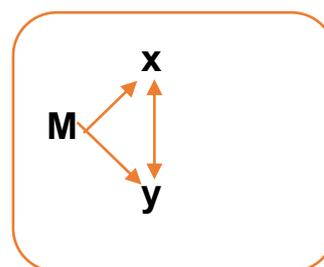
Donde:

M= población de estudio= 60 enfermeras

x= cultura de seguridad del paciente

y= eventos Adversos

R= Relación entre variables



3.5. Población, muestra y muestreo

La población estará conformada por las enfermeras que pertenecen al área covid de cuidados críticos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, ascendente a 60 enfermeras en el periodo de diciembre 2021 a enero 2022, además deberán cumplir los siguientes criterios:

Los criterios de inclusión son:

- Enfermeros con 6 meses de antigüedad en el servicio
- Enfermeros con rotación fija y secuencial
- Enfermeros que acepten participar del estudio.

Los criterios de exclusión son:

- Enfermeros que se encuentren de suplencia o no se encuentren en la recogida de datos.
- Enfermeros que no acepten participar en el estudio.

Muestra: No se tomará muestra.

Muestreo: Por conveniencia, no probabilístico, se pretende estudiar al total de la población de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Variables y Operacionalización

3.6.1. Variables

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Variable 2: Eventos adversos

3.6.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Según la Agency for health Research and quality puede ser definida como: <i>“Un grupo integrado con los valores y comportamientos a nivel individual, además de la organización que cimienta en los valores compartidos la búsqueda y fomento de la reducción de daños hacia el paciente a través de los procesos de trabajo en equipo” (20)</i>	Son acciones y forma de pensamiento basados en valores intrínsecos e institucionales que buscan y promueven la seguridad en el paciente en todos los procesos de atención de salud, para lo cual unen los componentes de trabajo en equipo, la comunicación de la seguridad del paciente, acciones de dirección, gestión de la seguridad, el cuál será medido con valores finales de cultura: <ul style="list-style-type: none"> • Pobre • Aceptable • Bueno • Muy bueno • Excelente 	Área de trabajo	Frecuencia de reporte de eventos adversos Percepción de Seguridad del paciente	Pobre: 42-80 Aceptable: 81-121 Bueno: 122-162 Muy bueno: 163-203 Excelente: 203-210
			Trabajo en equipo	En el servicio Con otros servicios	
			Comunicación	Franqueza en la comunicación. Responsabilidad compartida.	
			Dirección y gestión	Desarrollo de competencias del trabajo Suficiencia, disponibilidad y compromiso	
			Supervisión	Proceso de evaluación Indicadores de evaluación	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA
EVENTOS ADVERSOS	La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el evento adverso como: “El daño no intencional generado al paciente que se relaciona directamente con el cuidado de la salud”. (32)	Son todas las consecuencias de daño generado en el proceso de atención de salud que implica: lesiones por presión, caídas, administración incorrecta de medicamentos, entre otros, puede darse por los componentes laborales, personales y contextuales, serán medidos mediante un cuestionario validado con los valores finales de: adecuado inadecuado	Laboral	Materiales Capacitación	Registro Adecuado: 32-65 Registro Inadecuado: 13-31 puntos
			Personal	Conocimiento Habilidad	
			Contextual	Dotación de personal Temor	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica de recolección de datos en el presente estudio será la encuesta y el instrumento el cuestionario aplicado a las enfermeras del área covid de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren, según Sampieri (43); la técnica proporciona instrumentos para la recolección de datos, aportando los medios para aplicar el método”.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Los instrumentos a emplear se describen a continuación en las siguientes fichas técnicas:

3.7.2.1. Cuestionario de cultura de seguridad de los pacientes: versión española

- **Nombre del instrumento:** Cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) (44)
- **Autores:** Gascón JJ, Saturno PJ y colb.
- **Año:** 2005
- **Adaptación:** Versión española 2.0
- **Tiempo de aplicación:** 15 minutos
- **Número de Ítems:** 42
- **Escala y puntuación:** Escala tipo Likert con los siguientes niveles y rangos
Pobre: 42-80
Aceptable: 81-121
Bueno: 122-162
Muy bueno: 163-203
Excelente: 203-210

3.7.2.2. Cuestionario sobre eventos adversos

- **Nombre del instrumento:** Registro de eventos adversos por el profesional de enfermería. (45)
- **Autores:** Gordillo y Col.

- **Año:** 2017
- **Tiempo de aplicación:** 10 minutos
- **Número de Items:** 13
- **Escala y puntuación:** Escala tipo Likert con los siguientes niveles y rangos
Registro Adecuado: 32-65
Registro Inadecuado: 13-31 puntos

3.7.3 Validez.:

Para el cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente e la versión española, los investigadores obtuvieron obtuvo la validez de contenido y constructo convergente, la calibración de los ítems demostró que el cuestionario contaba con los parámetros y pruebas psicométricas para discriminar entre sujetos y representar los niveles de cada dimensión con mayor precisión y menor error estándar. El juicio intersubjetivo entre jueces obtenidos con la prueba KR20 reflejaron un alto nivel de pertinencia de ítems, con resultados entre 0.85 y 0.96. (44)

Para el cuestionario sobre registros de eventos adversos obtuvieron la validez mediante el juicio de expertos y el coeficiente V de Aiken obteniendo alta validez de contenido con 0.905. (45)

3.7.4. Confiabilidad:

Para el primer instrumento los índices de fiabilidad del instrumento dieron un promedio de 0,958 para los 42 ítems, a través del Alpha de Cronbach. (44)

Para el segundo instrumento la confiabilidad fue obtenida por el coeficiente de Alpha de Cronbach con 0.707. (45)

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para la presente investigación se solicitará autorización del departamento de Capacitación y Recursos humanos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren y el Departamento de enfermería, además de la solicitud dirigida al jefe de la Unidad

Covid de Cuidados intensivos, para que se generen la facilidad respectiva y poder realizar la recolección de datos.

Se procederá a comunicarse con los involucrados para la obtención del consentimiento informado y programar los periodos de desarrollo de las encuestas de acuerdo a la disponibilidad del personal, sin interrumpir sus labores, posteriormente se les brindará las encuestas con un tiempo aproximado entre 20 a 30 minutos. Al recoger las encuestas se verificará su llenado, se procederá al proceso de codificación y llenado en la matriz en Excel, para luego ser procesada mediante el programa SPSS versión 25 realizar el análisis estadístico de “Chi-cuadrado”.

Para el análisis de resultados se empleará el estadístico no paramétrico de CHI cuadrado (X^2), el nivel de significancia (p) se interpretará en base a los siguientes resultados.

- $p > 0.05$: No significativo
- $p \leq 0.05$: estadísticamente significativo
- $p < 0.01$ altamente significativo
- $p \leq 0.001$ Muy altamente significativo

3.9. Aspectos éticos

El estudio tendrá en cuenta los siguientes aspectos éticos de acuerdo a Burns y Grove: (46)

No maleficencia: Con los resultados obtenidos no se pretende dañar o generar ningún daño o riesgo para la población de estudio.

Confidencialidad: Toda la información recabada será de índole confidencial y estrictamente sólo será conocida por la investigadora.

Anonimato: Se mantendrán bajo el anonimato la fuente de información, las encuestas serán numeradas sin tener mayores indicios de la fuente de información.

Consentimiento informado: Se respetará la decisión de participación de la población de estudio previamente informada, evidenciando dicha participación mediante la firma del consentimiento respectivo. (47)

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

El presente estudio tiene el siguiente cronograma de actividades.

ACTIVIDADES FECHA	AÑO 2021-2022						
	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEC	ENE
Elección del tema y título de investigación							
Elaboración del planteamiento del problema, objetivos, justificación y delimitación del proyecto.							
Elaboración del marco teórico de proyecto.							
Elaboración de la metodología de investigación del proyecto.							
Redacción del cronograma y presupuesto del proyecto.							
Elaboración de las referencias de estudio y anexos del proyecto							
Corrección de observaciones							
Programación de sustentación del proyecto							

4.2. Presupuesto

CATEGORÍA	CANTIDAD/ HORAS	COSTO UNITARIO	TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Digitador	20 horas	5	100.0
Asesoría	15 hrs	20	250.0
SUB TOTAL			300.0
RECURSOS MATERIALES			
Papel bond	2000	0.20	40.0
Fólderes	10	0.70	7.0
Lapiceros	5	0.50	2.50
SUB TOTAL			49.50
SERVICIOS			
Internet	500	4.25	280.0
Energía	300	0.5	350.0
Transporte	10	5	50.0
Impresiones	200	0.20	40.0
Administrativo	1	3000	3000
SUBTOTAL			3420.0

RESUMEN	COSTO
Recurso humano	300.0
Recursos material	49.50
Servicios	3420.0
COSTO TOTAL	3810.50

REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. Seguridad del paciente: prioridad sanitaria. 72º Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), 28 de mayo de 2019. Consultado el 11 de noviembre del 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-novembrer-2021.pdf>).
3. Ashish KJ. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 [citado 20 de noviembre del 2021]; 22(10): 809-815. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>
4. OMS. Asamblea mundial de la salud, Seguridad del paciente: medidas mundiales de seguridad del paciente. 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf
5. R.M. Catalán-Ibarsa,b, M.C. Martín-Delgado,c,d,, E. Puigoriol-Juventenyb,e, E. Zapater-Casanovaa, M. Lopez-Alaberna, J.L. Lopera-Caballeroa, J.P. González de Velascoa, M. Coll-Solàa, M. Juanola-Codinaa, N. Roger-Casalse. Incidentes relacionados con la seguridad del paciente crítico durante los traslados intrahospitalarios. DOI: 10.1016/j.medin.2020.05.022
6. Estudio de incidentes y eventos adversos en la atención ambulatoria en países de américa latina. España. 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=109748>
7. Zárate-Grajales Zárate-Grajales, R., Salcedo-Álvarez, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M., Sánchez-Ángeles, S., Dávalos-Alcázar, A., Campuzano-Lujano, G., & Terrazas-Ruíz, C. (2018).
8. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 14(4). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

9. Ministerio de salud. Rondas de seguridad. Documento en línea. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF
10. Moraes CCM. Aguiar RS. Notification of adverse events and their gaps in the patient safety process. *Revista Nursing*, 2020; 23 (271): 5033-5040. [Internet]. 2020. [Citado 2021, Nov 21]. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5025-5040>
11. Navarro AX., Pereira ER., Delacanal D. Profesionales de enfermería y reporte de eventos adversos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2020 [citado 2021 27 de noviembre]; 29 (spe): e20190282. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000200315&lng=pt. Publicación electrónica 30-nov-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0282>.
12. López E., Vicente MA., De la Cruz C. Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Horizonte Sanitario* [Revista en la Internet]. 2019 agosto. [Citado 2021 Nov 20]; 18 (2): 201-210. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000200201&lng=es.
13. Barbosa RF., Sousa da Silva A., Ameida M., Lima R., Galdino D. Análise da notificação de eventos adversos a través da pesquisa de cultura de segurança do paciente. *CUIDADO É FUNDAMENTAL*. [Revista en la Internet]. 2020. [Citado 2021 Nov 20]; 18 (2): 201-210. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8521
14. Leyes Laureano, Porcires Fausto, Godino Mario, Barbato Marcelo. Estudio de incidencia de riesgos y eventos vinculados a la seguridad en una unidad de cuidados intensivos. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 05]; 36 (3): 9-30. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000300009&lng=es. Epub 01-Sep-2020. <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.3.1>.
15. Bernal FC. Percepción de la Cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos del personal del hospital Nivel I de Ferreñafe. [En línea]. {Fecha de acceso 10 de noviembre del 2021}. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1

16. Cruz LA. Cultura de seguridad y registro de eventos adversos por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Lima. [En línea]. [Fecha de acceso 1 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7050>
17. Mori NR. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería del hospital Vitarte. [En línea]. [Fecha de acceso 10 de noviembre del 2021]. Disponible en: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_0ca71cbb6bc468ccfe05546583097295
18. Quispe A. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. [En línea]. [Fecha de acceso 20 de noviembre del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4039>
19. Figueroa CMF. Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa Pueblo Libre– 2016. [En línea]. [Fecha de acceso 28 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7105>
20. Comité de Expertos en el Manejo de la Seguridad y Calidad en el Cuidado de la Salud. Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>
21. Organización Mundial de la Salud. Notas de prensa: Seguridad del paciente. 2019. [En línea]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
22. Ministerio de Salud. Resolución ministerial 163-2020. Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad. [En línea]. [Fecha de acceso 15 de noviembre del 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF

23. Singer S, Gaba D, Geppert J, Sinaiko A, Howard S, Park K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 112-118.
24. Agency for Healthcar Reseachr and Quality. Cultura de seguridad del paciente. [en línea]. Disponible en. <https://www.ahrq.gov/es/informacion-en-espanol/index.html>
25. ESAN. Chernobyl y el nacimiento del concepto de “cultura de la seguridad” Salud | Apuntes empresariales | ESAN [Internet]. Conexionesan. 2017 [cited 2021 Aug 2]. Available from: <https://www.esan.edu.pe/apuntesempresariales/2017/03/chernobyl-y-el-nacimiento-del-concepto-de-culturade-la-seguridad/>
26. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington; 2000 [cited 2021 Aug 2]. Available from: http://books.nap.edu/html/to_err_is_human/exec_summ.html
27. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura [Internet]. 2008 [cited 2021 Nov 20]. p. 1–12. Available from: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.p
28. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Seguridad del paciente como problema de salud pública. Murcia. España. [En línea]. [Fecha de acceso 1 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/03/01-contenidos.pdf>
29. Ministerio de salud del Perú (2014). Dimensiones de los eventos adversos en el ámbito sanitario. Lima: MINSAs.
30. OMS. Día mundial de la seguridad del paciente. Campañas publicitarias. [En línea]. [acceso 1 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2021>
31. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente en 7 pasos. Reino Unido; 2005. Disponible en: https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf

32. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Día Mundial de la seguridad del paciente 2021. En línea. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2021>
33. Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *QualSaf Health Care* [Internet]. 2008 [citado: 12 de junio de 2012];17(3):216-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569153/>
34. Espinosa A, Figueiras B, Rivero J, Del Sol L, Santos M, Rocha M. Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriatría e Infecciosos. *Rev Cubana Med* [Internet]. 2010 [citado: 21 de agosto de 2012];49(2):34-52. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v49n2/med04210.pdf>
35. 7. Martínez C. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado: 15 de septiembre de 2015];32(1):1-14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu13106.pdf>
36. La investigación en Seguridad del paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
37. MINSA. “Políticas nacionales de calidad en salud”. Gestión de la calidad N° 589-Perú 2007. Disponible en: https://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2008/11/politicas_nacionales_calidad_en_salud2.pdf.
38. MARTÍNEZ, V. (2016). Lima, “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015”. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5301/Martinez_chv.pdf?sequence=1.
39. Gordillo LF., Pereda MY., Salazar CE. Factores asociados en el incumplimiento del registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, en los servicios de Adolescentes y Cirugía del instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima,

2017. Disponible en:
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/827/Luisa_Trabajo_Investigacion_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y
40. Aranaz, J. y Aibar, C. (2008). Marco conceptual de la Seguridad Clínica del Paciente. In: Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J, editors. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Díaz de Santos; p. 223-228.
41. Leininger M, McFarland M. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed; 2002, 621 p.
42. Popper, K. R. (1962), La Lógica de la investigación científica, Sánchez Zabala, V. (trad.)
43. Sampieri R. Metodología de la investigación. Sexta edición. Disponible en:
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
44. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
45. Registro de eventos adversos. [en línea]. [Fecha de acceso 10 de agosto del 2021]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/7050/Vergara_GFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Organización de Estados Iberoamericanos. Aspectos éticos de la investigación. Revista Iberoamericana de Educación. N° 029 Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
47. Cultura de seguridad del paciente. Disponible en:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/4086/T061_46829427_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la relación que existe entre la Cultura de seguridad del paciente y registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021? • ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021? • ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021? • ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021? • ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021? 	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar cómo influye la Cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación que existe entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. • Identificar la relación que existe entre la dimensión trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. • Identificar la relación que existe entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. • Identificar la relación que existe entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. • Identificar la relación que existe entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL: H1 Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H0 No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el registro de los eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: H11: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H01: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión área de trabajo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H12: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H02: No existe relación estadísticamente significativa existe entre la dimensión trabajo en equipo de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H13: Existe relación Identificar la relación existe entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H03: No existe relación Identificar la relación existe entre la dimensión comunicación de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H14: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H04: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión dirección y gestión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H15: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos</p>	<p>V1: Cultura de seguridad del paciente dimensiones: área de trabajo Trabajo en equipo Comunicación Dirección/gestión de la seguridad del paciente Supervisión</p> <p>V2: Registro de eventos adversos Dimensiones Laboral personal Contextual</p>	<p>Método: Hipotético deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básica. Diseño: correlacional, transversal y correlacional Población: 60 Muestreo: No Probabilístico por conveniencia. Unidad de análisis: Enfermeros de la UCI Covid.</p>

		adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021. H05: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión supervisión de la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima 2021		
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

Cuestionario n°1: Encuesta de cultura de seguridad del paciente

Presentación: Estimado (a) colega, soy egresada de la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos; vengo realizando una investigación con el objetivo de Determinar cómo influye la Cultura de seguridad del paciente en el registro de los eventos adversos, por lo que solicito gentilmente su participación, garantizando que se mantendrá la confidencialidad y el anonimato de su participación. Agradezco de antemano su apoyo.

Instrucciones: En el presente cuestionario, se presentan enunciados, debe marcar con una X el casillero que Ud. considere conveniente, las alternativas van desde muy nunca, rara vez, alguna vez, casi siempre, siempre y llene los espacios en blanco donde corresponda.

Nunca : N

Rara vez : RV

Alguna vez : AV

Casi siempre : CS

Siempre : S

Datos generales

1. Edad:

2. Sexo:

3. Estado civil:

4. Régimen laboral:

Tiempo de servicio:

ÍTEM	N	RV	AV	CS	S
1. El personal del servicio tiende a apoyarse mutuamente.					
2. Para la carga laboral existente, contamos con el personal suficiente.					
3. Cuando existe carga de trabajo se colabora como equipo entre todos para terminar las tareas.					
4. En el servicio el personal se trata con respeto al igual que al paciente.					
5. En ocasiones el turno se vuelve agotador y no se puede proporcionar la mejor atención al paciente.					
6. Tenemos y desarrollamos actividades para mejorar la seguridad del paciente					
7. El personal que viene por suplencia o son sustitutos no brinda la mejor atención hacia el paciente.					

ÍTEM	N	RV	AV	CS	S
8. Si cometiste un error, y el supervisor y compañeros se enteran lo utilizan en tu contra.					
9. Se toman las medidas que prevengan los errores en la atención del paciente y que si se generan no vuelvan a ocurrir.					
10. Los errores en el servicio ocurren solo por casualidad.					
11. Cuando algún compañero tiene sobrecarga puede contar con sus colegas.					
12. Cuando se informa un evento adverso se suele juzgar a la persona y no al problema.					
13. Cada cambio que se genera para mejorar la seguridad del paciente es evaluado para comprobar su efectividad.					
14. Por realizar muchas actividades y tareas que se tienen que hacer de prisa, trabajamos bajo presión.					
15. Por realizar más actividades en el trabajo, la seguridad del paciente no se ve comprometida.					
16. El personal tiene miedo de que sus errores sean registrados en sus legajos personales.					
17. Nuestro servicio presenta problemas de seguridad del paciente					
18. Los procedimientos y el sistema de atención que se realizan en el trabajo son efectivos para prevenir los errores.					
19. El jefe hace comentarios favorables al personal cuando ve que el trabajo se cumple de acuerdo a los procedimientos establecidos.					
20. El jefe toma en cuenta las sugerencias que hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21. El jefe o superior exige que se trabaje más rápido sin tener en cuenta la seguridad del paciente cuando se presentan presiones en el trabajo.					
22. El jefe o superior hace caso omiso a los problemas de seguridad en los pacientes así se repitan una y otra vez.					
23. El hospital desde la dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
24. En el hospital los servicios no coordinan bien entre ellos.					
25. Se pierde en parte información de los pacientes al ser trasladados a otras áreas.					
26. Existe buena cooperación entre los servicios cuando trabajan en conjunto.					
27. En los cambios de turno a menudo se tiende a perder información de los pacientes.					
28. El trabajar con el personal de otros servicios resulta incómodo					
29. El intercambio de información en el hospital con otras áreas con frecuencia se vuelve problemático.					
30. La dirección del hospital presenta acciones que demuestran que la seguridad de los pacientes es altamente prioritaria.					
31. En el hospital la dirección sólo se interesa por la seguridad del paciente cuando se presenta un suceso.					
32. En el hospital los servicios trabajan conjuntamente y de forma coordinada para proveer el mejor cuidado al paciente.					
33. Los cambios de turno representan problemas para los pacientes del hospital.					
34. A raíz de los eventos notificados se nos informa sobre los cambios realizados en el servicio u hospital.					
35. El personal expresa su punto de vista con total libertad cuando observa algo que pueda afectar la seguridad del paciente.					
36. Se informa al personal del servicio cuando se comete un error con el paciente.					

ÍTEM	N	RV	AV	CS	S
37. El personal se siente libre de cuestionar las acciones y/o decisiones de los jefes o superiores.					
38. En el servicio nos reunimos para discutir cómo prevenir los errores que se presentaron para que no vuelvan a ocurrir.					
39. El personal del servicio tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no se encuentra bien.					
40. Cuando se presenta un error que no afecta al paciente y es detectado oportunamente ¿se suele notificar?					
41. Cuando se presenta un error que potencialmente no daña al paciente ¿se notifica?					
42. ¿Se reportan los errores que no han tenido consecuencias para el paciente, aunque pudieron haberle dañado?					

Gracias por su participación es muy útil para el desarrollo del presente estudio.

CUESTIONARIO N°2: ENCUESTA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

Instrucciones: A continuación, se presentan enunciados, debe marcar con una X el casillero que Ud. considere conveniente

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Mediante de acuerdo
- Muy de acuerdo
- Totalmente de acuerdo.

ENUNCIADO	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Medianamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El servicio pone a su disposición y cuenta con el formato de registro de eventos adversos.					
2. El hospital capacita al personal en cuanto al correcto llenado del formato de registro de eventos adversos					
3. La jefatura capacita al personal para el correcto llenado del formato de evento adverso					
4. Conozco los pasos en el registro de eventos adversos					
5. Las consecuencias de los eventos adversos se dividen en: leve, moderado, grave y muerte.					
6. Conozco el formato para registrar el evento adverso.					
7. Sé identificar con claridad un evento adverso					
8. Sé identificar un incidente					
9. Sé identificar un evento considerado centinela					
10. Dispongo del tiempo para el registro de Eventos Adversos.					
11. El registro de Eventos adversos me da temor.					
12. Identificar culpables es la finalidad del registro de eventos adversos.					
13. La llamada de atención es otra de las finalidades del registro de eventos adversos.					

Gracias por participar.

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Validez del Cuestionario de Cultura de seguridad del paciente, la validez de contenido y constructo convergente, la calibración de los ítems demostró que el cuestionario contaba con los parámetros y pruebas psicométricas para discriminar entre sujetos y representar los niveles de cada dimensión con mayor precisión y menor error estándar. El juicio intersubjetivo entre jueces obtenidos con la prueba KR20 reflejaron un alto nivel de pertinencia de ítems, con resultados entre 0.85 y 0.96. (44)

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR JUECES DE EXPERTOS CON LA PRUEBA

BINOMIAL

	E1	E2	E3	X	P
1	1	1	1	3	1.00
2	1	1	1	3	1.00
3	1	1	1	3	1.00
4	1	1	1	3	1.00
5	1	1	1	3	1.00
6	1	1	1	3	1.00
7	1	0	0	1	0.19
8	1	0	0	1	0.50
9	1	0	1	1	0.97
10	1	1	1	3	1.00

8.66

X = 0 = NO

X = 1 = SI

$$P = \frac{\sum P}{10} = \frac{8.66}{10} = 0.866$$

Como el promedio de las probabilidades es mayor que 0.60 entonces se concluye que el instrumento es válido por jueces de expertos

Para el cuestionario sobre registros de eventos adversos obtuvieron la validez mediante el juicio de expertos y el coeficiente V de Aiken obteniendo alta validez de contenido con 0.905.
(45)

	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Criterio 6	Criterio 7
Juez 1	1	1	1	1	1	1	1
Juez 2	1	1	1	1	1	1	1
Juez 3	1	1	1	1	1	1	1
Juez 4	1	1	1	1	1	1	1
Juez 5	1	1	1	1	1	1	1
Juez 6	0	0	0	0	1	1	1

$$V = \frac{S}{n(c-1)} = \frac{5.43}{6(2-1)} = 0.905$$

Leyenda:

V: Coeficiente de V de Aiken

S: Sumatoria de SI de los jueces.

n: Número de jueces

c: Número de valores de la escala de valoración (al ser dicotómico, entonces 2)

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad del cuestionario de cultura de seguridad del paciente: dieron un promedio de 0,958 para los 42 ítems, a través del Alpha de Cronbach. (44)

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÚN CROMBAHC CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,815	42

Como el valor de alfa de cronbach es superior a 0.60 entonces se puede decir que es confiable

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos de corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
A1	127,4800	210,293	,252	,813
A2	127,7500	213,806	,129	,816
A3	127,1800	210,493	,255	,812
A4	127,2700	211,108	,208	,814
A5	127,3500	208,371	,288	,812
A6	127,2100	207,582	,314	,811
A7	127,9000	209,606	,260	,812
A8	127,7200	207,880	,308	,811
A9	127,2100	205,461	,372	,809
A10	127,5300	205,181	,398	,808
A11	127,3300	207,415	,331	,810
A12	127,3900	205,836	,405	,808
A13	127,4800	208,858	,291	,811
A14	127,5500	212,412	,183	,815
A15	127,6500	210,977	,217	,814
A16	127,4600	209,928	,257	,812
A17	127,5900	210,042	,225	,814
A18	127,3700	209,710	,243	,813
A19	127,1800	207,684	,384	,809
A20	127,2600	209,649	,273	,812
A21	127,9500	211,058	,202	,814
A22	128,1100	212,968	,138	,816
A23	127,6700	214,627	,119	,816
A24	127,7100	206,329	,434	,808
A25	127,8000	212,242	,205	,814
A26	127,5900	214,164	,135	,816

A27	128,0500	208,270	,325	,810
A28	127,9500	207,078	,375	,809
A29	127,8600	209,516	,272	,812
A30	127,6300	208,842	,313	,811
A31	127,4900	215,263	,087	,817
A32	127,5100	208,293	,350	,810
A33	127,7100	210,794	,234	,813
A34	127,4800	209,727	,306	,811
A35	127,4500	202,573	,477	,805
A36	127,2200	207,567	,365	,809
A37	127,4500	207,199	,397	,809
A38	127,3700	210,336	,261	,812
A39	127,7900	210,612	,218	,814
A40	127,5400	208,695	,345	,810
A41	127,4700	205,585	,462	,807
A42	127,8100	212,964	,156	,815

Como el valor de alfa de cronbach es superior a 0.60 entonces se puede decir que es confiable

Confiabilidad del cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente

Para el segundo instrumento la confiabilidad fue obtenida por el coeficiente de Alfa de Cronbach con 0.707. (45)

Estadísticas del total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Mi Servicio cuenta con el formato de registros de Eventos Adversos	38,50	52,948	,186	,706
El Hospital capacita a su personal de enfermería en el correcto registro de los Eventos Adversos	39,80	45,614	,466	,669
La jefatura de Enfermería Capacita la profesional de enfermería en el correcto registro de los Eventos Adversos.	39,97	48,171	,384	,682
Conozco los pasos en el registro de Eventos Adversos	38,73	53,375	,146	,710
Los Eventos Adversos se dividen en: leve Moderada, Grave, Muerte.	39,23	43,357	,570	,650
Conozco el formato para registrar los Eventos Adversos	38,27	51,444	,533	,682
Se identificar con claridad un Evento Adverso	38,57	50,185	,395	,684
Se identificar un incidente	38,67	50,299	,424	,682
Se identificar un Evento Centinela	39,90	47,197	,337	,690
Dispongo de tiempo para el registro de Eventos Adversos	40,23	53,978	0,33	0,73
Me da de algo de temor al registro de Eventos Adverso.	40,43	48,944	,309	,693
El registro de Eventos Adversos tiene como finalidad búsqueda de culpas.	40,73	44,340	,542	,656
El registro de los Eventos Adversos tiene como finalidad llamada de atención.	40,97	52,723	,142	,713

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,707	13

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

El presente documento contiene toda la información necesaria para que Ud. acepte o no participar del presente proyecto titulado: **Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras de la Unidad de Cuidados intensivos de un Hospital de Lima 2021**. Para lo cual se le solicita leer todos los puntos expuestos a continuación:

Investigadora : Flores Llanco Edith Elizabeth

Objetivo de investigación : Determinar la relación entre cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras de la Unidad de Cuidados intensivos de un Hospital de Lima 2021.

Ventajas de participar en la investigación: Podrá colaborar con el objetivo de la investigación y ser partícipe de conocer la situación de las variables de estudio

Riesgos y desventajas: Ninguno, sólo se requerirá de unos minutos de su tiempo.

Reserva de datos: Toda la información recabada será completamente anónima y confidencial

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Mediante la firma del presente documento doy Fe que se me presento toda la información concerniente a la participación del presente proyecto y sus implicancias, para lo cual me sirvo a colocar mis datos personales y firma, líneas abajo.

Participante	Firma y sello
Nombres y apellidos:	
N° de DNI:	
N° de celular:	
Correo electrónico:	

Limade.....del 2021.

ANEXO 6: INFORME DE ASESOR DE TURNITIN

Flores Llanco Edith Elizabeth.

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

Submitted to Universidad Tecnologica del Peru

Trabajo del estudiante

1%

4

repositorio.uma.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

