



**Universidad
Norbert Wiener**

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

**“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y
PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR EL
ENFERMERO DE EMERGENCIA PEDIATRÍCA EN UN
HOSPITAL DEL MINSA – COMAS, 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIATRICA**

PRESENTADO POR:

**SULCA PAUCAR MEYSI DEL PILAR
ORCID: 0000-0002-1999-0652**

ASESOR:

**DR. AREVALO MARCOS, RODOLFO
ORCID: 0000-0001-5909-5057**

LIMA- PERÚ

2021

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a mis padres por su apoyo y comprensión en mi desarrollo profesional, siendo ellos mi motivación para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios sobre todas las cosas, a mis padres por su apoyo incondicional, a mi novio por su apoyo constante, ya que siempre confiaron en mí, siendo la fuerza que me motiva a salir adelante.

ASESOR:

Dr. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

JURADO:

Presidente : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña
Secretario : Mg. Jeannette Giselle Avila Vargas Machuca
Vocal : Mg. Efigenia Celeste Valentin Santos

Índice

Índice.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract	ix
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 de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	6
1.4.4. Social.....	6
1.5. Delimitaciones 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 internacionales.....	8
2.2. Bases Teóricas.....	12
2.3. Formulación de hipótesis.....	24

2.3.1.	Hipótesis general	24
2.3.2.	Hipótesis específicas	24
3.	METODOLOGÍA.....	26
3.1.	Método de la investigación.....	26
3.2.	Enfoque de la investigación.....	26
3.3.	Tipo de investigación	26
3.4.	Diseño de la investigación.....	26
3.5.	Población muestra y muestreo	27
3.6.	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	28
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7.1.	Técnica	32
3.7.2.	Descripción del instrumento.....	32
	Cuestionario de cultura de seguridad del paciente:	32
	Cuestionario de prevención de eventos adversos:	32
3.7.3.	Validación y Confiabilidad	33
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	34
3.9.	Aspectos éticos.....	35
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	36
4.1.	Cronograma de actividades.....	36
4.2.	Presupuesto	37
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
	Anexo 1: Matriz de consistencia.....	46
	Anexo 2: Instrumentos.....	48
	Anexo 3: Consentimiento informado.....	53
	Anexo 4: Informe de originalidad.....	55

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional. La población estará representada por 40 enfermeras que trabajan en el área de emergencia. La encuesta será la técnica utilizada y los instrumentos empleados serán dos cuestionarios. El cuestionario cultura de seguridad del paciente consta de 42 ítems y comprende 5 dimensiones: cultura de seguridad, comunicación, trabajo en equipo, gestión y dirección y supervisión. El cuestionario de prevención de eventos adversos consta de 17 ítems y comprende 4 dimensiones: errores en la documentación, procedimiento asistencial, administración clínica y errores en la medicación. Ambos instrumentos cuentan con valores de validez y confiabilidad aceptables. Los valores finales de la variable cultura de seguridad del paciente serán malo, regular y bueno; y la variable prevención de eventos adversos tendrá como valores finales: deficiente, regular y excelente.

Palabras claves: Seguridad del paciente, Evento adverso, Enfermería (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the relationship between the culture of patient safety and the prevention of adverse events in pediatric emergency nurses. **Materials and methods:** Quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and correlational level. The population will be represented by 40 nurses who work in the emergency area. The survey will be the technique used and the instruments used will be two questionnaires. The patient safety culture questionnaire consists of 42 items and comprises 5 dimensions: safety culture, communication, teamwork, management and direction, and supervision. The adverse event prevention questionnaire consists of 17 items and comprises 4 dimensions: errors in documentation, care procedure, clinical administration, and medication errors. Both instruments have acceptable validity and reliability values. The final values of the patient safety culture variable will be bad, fair and good; and the variable prevention of adverse events will have as final values: poor, fair and excellent.

Keywords: Patient safety, Adverse event, Nursing (Source: DeCS).

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, la seguridad del paciente durante la prestación de los servicios de salud de calidad ha sido reconocida como uno de los requisitos necesarios para fortalecer los sistemas de atención de salud y los eventos adversos producidos durante la atención sanitaria son considerados como aquellos factores que incrementan a diario el número de muerte en un país a pesar de que estos se pueden evitar mediante estrategias de prevención y mitigación (1).

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud menciona que 2.6 millones de pacientes fallecen de forma anual por daños o eventos adversos que se pudieron evitar durante los procesos de atención realizados por profesionales de la salud, y que 1 de cada 4 pacientes hospitalizados sufren daños cada año en la mayoría de países que presentan bajos y medianos ingresos (2).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud, en el año 2019, señala que estadísticamente 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño mientras es atendido en una institución hospitalaria y enfatiza en que la mitad de estos daños se pueden prevenir y son ocasionados por una serie de eventos adversos (3).

Sumado a ello, refiere que los eventos adversos que ocurren debido a la deficiencia de seguridad del paciente son considerados como 1 de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Actualmente, se notifican anualmente 134 millones de eventos adversos relacionados a una falta de seguridad en el proceso de atención nosocomial y que 2.6 millones ocasionan la muerte de pacientes (4).

En dicho contexto, los servicios de pediatría son áreas de atención donde la frecuencia de eventos adversos se da con el mismo impacto, el cual ha sido expuesto por Martínez (5),

quien encontró en su estudio que el 58.92% de población pediátrica presentó al menos un evento adverso asociado a medicamentos, Martínez et al. (6), encontraron en su estudio que el 34.78% de niños hospitalizados presentaron un evento adverso relacionado a medicamentos y el 91.3% fue prevenible. Davenport et al. (7), identificó una frecuencia del 26% de eventos adversos en la población pediátrica hospitalizada.

De forma paralela se han realizado una serie de estudios relacionados con la seguridad del paciente, como los propuestos por Lima, et al., en España, quien señala en su estudio que el promedio de acciones en cuanto a la seguridad del paciente fue de 33% a 69.6%, siendo los menos valorados la comunicación de eventos adversos y los reportes de enfermería en los cambios de turno (5).

De forma similar, Viana, et al., en Brasil menciona que de los 262 informes de eventos adversos, 161 (61.83%) se produjeron por distracción y descuido, la deficiente atención dirigida al paciente originó 116 (44.27%) errores en relación a medicamentos administrados, 46 (17,56%) errores en el momento de fallos durante la digitación y transcripción de la prescripción médica y 35 (13,36%) fallos en la asistencia (6).

En el Perú, Larico, Rosas y Mutler, señalan en su estudio que las dimensiones evaluadas en cuanto a la seguridad del paciente fueron neutrales (punto medio) en su mayoría, siendo las más resaltantes las relacionadas a la continuidad de eventos adversos informados, inadecuada apreciación de seguridad, certeza en la comunicación, acciones no concretas ante los errores, brecha de personal y problemas en cambio de turno (7).

Asimismo, Rivera, Paredes y Sánchez, refieren en su estudio que el 66% de la población presentó un nivel medio en relación a la cultura de seguridad del paciente hospitalizado, donde se evaluó las percepciones generales de seguridad, comunicación y trabajo en equipo. Asimismo, las estrategias de supervisión de eventos adversos se percibieron en

un nivel medio (87.2%), donde se evaluaron la frecuencia de eventos informados, apoyo del supervisor y respuesta no punitiva al error (8).

En este escenario, la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 conformó un equipo a nivel mundial en relación a la temática de seguridad del paciente, con el único objetivo de disminuir estas estadísticas y propuso una serie de parámetros a contrarrestar esta problemática en la población adulta y pediátrica, como fueron el identificar al paciente, un correcto reporte sobre la condición del paciente, realizar las cirugías seguras, mejorar la higiene de manos, entre otros (9).

Es así que para el año 2020, se continúa con el proceso de plantear soluciones dirigidas a los procesos de atención sanitaria en la que los errores y eventos adversos se cometan y causen un daño al paciente adulto y pediátrico, promoviendo un entorno y diversos sistemas de apoyo que minimicen estos daños. Además de ello, en el marco de la pandemia por COVID-19, se ha planteado fomentar la temática sobre la seguridad del paciente y aumentar la participación pública (10).

De forma paralela, el Ministerio de Salud elaboró la normativa sanitaria en cuanto a la seguridad del paciente a nivel nacional mediante políticas argumentadas en calidad en salud, en el cual señala como una de sus características, garantizar y mejorar la calidad, dentro de los cuales, señala a la seguridad del paciente como el proceso más importante y fundamental dentro de la atención del paciente (11).

En relación a lo mencionado, durante las actividades profesionales desarrolladas en el área de emergencia pediátrica, se pudo evidenciar situaciones que involucran la problematización de la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, en las cuales las enfermeras referían: “le tengo que pasar el antibiótico rápido porque si no, no me va alcanzar el tiempo para los demás”, “a veces los padres no saben

si los niños son alérgicos y no nos queda otra que ponerle el medicamento en ese momento”, “muy pocas veces verificamos el nombre de los pacientes al momento de administrarle su tratamiento” y “hay camas que no tienen barandas y ha pasado que algunos niños se han caído cuando se han querido levantar”.

Asimismo, señalan: “a veces no tenemos jeringas suficientes y cargamos los medicamentos con las mismas”, “en algunas situaciones los médicos no hacen firmar el consentimiento informado para la operación del niño, entonces nosotros solo le decimos que firmen la hoja, sino no se pueden operar”, “la letra de los médicos no se entiende y tenemos que estar buscándolos para que nos digan que significan, sino no podemos iniciar el tratamiento de los niños”, “cuando pasa un evento adverso, muy pocas lo notifican por temor a que les griten” y “casi nadie notifica un evento adverso porque no nos han explicado para que es bueno”.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?

- ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?
- Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?
- Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores de la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA, Comas, 2021?

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El actual estudio está orientado a identificar la cultura de seguridad del paciente por medio de la opinión de las enfermeras y la prevención de eventos adversos con la finalidad de establecer la relación entre las variables mencionadas, lo que se plasmará en estadísticas que podrán ser contrastadas con la realidad de tal forma que brinde un antecedente actualizado en cuanto a las variables de estudio.

1.4.2. Metodológica

EL actual estudio se justifica metodológicamente ya que se utilizarán dos instrumentos que a pesar de estar validados en estudios anteriores, serán confrontados a nuevos criterios de validez y confiabilidad para ser utilizados y de esta forma ratifiquen su eficiencia en cuanto a la medición de las variables de estudio.

1.4.3. Práctica

El estudio plantea como propósito el establecer la asociación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en las enfermeras para así evidenciar la realidad de la población en estudio, para así poder plantear estrategias a corto y largo plazo que permitan solucionar las debilidades encontradas y fortalezcan sus oportunidades y habilidades observadas.

1.4.4. Social

La presente investigación presentará una relevancia social, ya que beneficiará a todos los profesionales y pacientes que están relacionados con la población y lugar de estudio, ya

que por medio de los resultados encontrados, se podrá plantear estrategias y acciones que contrarresten la problemática encontrada.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La actual investigación se ejecutará en un tiempo de 6 meses según el cronograma de actividades y se desarrollará en el presente año, 2021.

1.5.2. Espacial

En actual estudio de investigación se desarrollará en el servicio de emergencia pediátrica en un hospital del Minsa - comas.

1.5.3. Recursos

Los recursos que se utilizarán en el presente estudio son:

Humanos: Investigador, asesor y estadístico.

Teóricos: Las teorías a utilizar serán aquellas basadas en la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, como son artículos de investigación, libros, normativas vigentes y actualizadas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes internacionales

Martínez (5), 2021. Colombia, realizaron un estudio con el objetivo de *“Describir los factores relacionados con los eventos adversos por medicamentos en niños internados”*.

Fue un estudio descriptivo analítico. Se analizaron 160 historias clínicas de niños de 14 años de edad, donde ocurrieron 224 eventos adversos por medicamentos. En cuanto a los resultados, se encontró que del total de eventos adversos, 53.13% tuvo hospitalizaciones anteriores, 23.75% tuvo entre dos a cuatro errores y 62.5% flebitis química. Se concluye que el motivo de consulta es predictor de severidad del evento adverso por medicamento y se requiere mejorar el manejo seguro del fármaco por parte de enfermería.

Burlison, et al. (12), 2020. Estados Unidos, realizaron un estudio con el objetivo de *“Evaluar las asociaciones entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y las prácticas de notificación percibidas de eventos de seguridad de diversa gravedad”*. Fue un estudio transversal. Se analizaron datos de 223,412 personas, 7816 áreas / unidades de trabajo y 967 hospitales. En cuanto a los resultados, ya sea examinando eventos de seguridad cercanos a accidentes, ausencia de daño o potencial de daño, la dimensión de retroalimentación sobre el error representó la varianza predictiva más singular en la frecuencia de los eventos informados. Otras variables asociadas significativamente incluyeron el aprendizaje organizacional, la respuesta no punitiva al error y el trabajo en equipo dentro de las unidades (todas $P < 0,001$). A medida que aumentó la gravedad percibida del evento de seguridad, más dimensiones culturales se asociaron significativamente con la notificación voluntaria.

Miller, et al. (13), 2019. Estados Unidos, realizaron un estudio con el objetivo de *“Evaluar la relación entre la cultura de seguridad y la notificación voluntaria de eventos dentro de una gran red de prácticas ambulatorias”*. Fue un estudio de cohorte

retrospectivo, observacional. Se utilizó el instrumento PSN (Patient Safety Net) para la recopilación de datos de las tasas de notificación de eventos adversos y el SAQ para la seguridad del paciente. La población fue de 828 personas. Los análisis de regresión indicaron una asociación positiva entre las tasas de notificación de PSN y las puntuaciones de SAQ para los dominios de la cultura general (índice de tasa de incidencia [TIR], 1.019; $P = 0.004$), lo que evidencia que en el entorno ambulatorio se informan más eventos y cuasi accidentes cuando existe una fuerte cultura de seguridad

Martínez et al. (6), 2019. Colombia, realizaron un estudio con el objetivo de *“Determinar los factores relacionados con los eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados en una institución de salud de Sucre-Colombia”*. El estudio fue descriptivo, observacional, relacional y retrospectivo. Se analizaron 20 niños que tuvieron 23 eventos adversos. En cuanto a los resultados, el 34.78% presentó la flebitis química como evento adverso por medicamento, de los cuales el 91.3% eran prevenibles. Se concluye que los eventos adversos por medicamentos siempre están presentes, pues son implícitos al cuidado; su prevención depende del compromiso institucional, de los profesionales ante el correcto cumplimiento de su labor y de involucrar a los cuidadores y al mismo paciente en su seguridad.

Davenport et al. (7), 2017. Argentina, realizaron un estudio con el objetivo de *“Describir la incidencia y la categorización de Eventos Adversos en niños hospitalizados utilizando la herramienta de disparadores globales e identificar los factores de riesgo asociados a su aparición”*. Fue un estudio retrospectivo. Se analizaron 200 historias clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados. En cuanto a los resultados, se identificaron 289 disparadores y 52 eventos adversos. Se concluye que se identificó una frecuencia del 26% de eventos adversos, siendo la mayoría daño temporario.

Antecedentes nacionales

Bernal (17), 2020. Lambayeque, realizó una investigación con el objetivo de *“Determinar la relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos referida por el personal asistencial de un hospital nivel I de la provincia de Ferreñafe, Lambayeque”*. El estudio fue de tipo analítico, prospectivo, transversal y el diseño de contrastación de hipótesis utilizado fue el descriptivo relacional. La población muestral estuvo conformada por 91 profesionales de la salud. Se aplicó el cuestionario de seguridad del paciente AHRQ. Los resultados evidenciaron que el nivel de percepción general de la Cultura de Seguridad manifestado por el personal asistencial fue neutral y negativo (90%), consecuentemente estuvo relacionado con un alto porcentaje de eventos adversos no notificados (74%). ($p < 0.05$), siendo dos dimensiones de la cultura de seguridad del paciente las que se asociaron estadísticamente con la no notificación de eventos adverso: apoyo de la Gerencia para la seguridad del paciente y Frecuencia de incidentes reportados ($p < 0.05$).

Martinez (18), 2019. Lima, realizó una investigación con el objetivo de *“Determinar el conocimiento del enfermero sobre seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos”*. Fue un estudio de tipo cuantitativo, diseño no experimental y descriptivo. Se aplicó un cuestionario a 78 enfermeros, donde se encontró que los enfermeros del servicio de emergencia del HNGAI tienen un conocimiento medio sobre la seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos. Se concluye que los profesionales de enfermería están en riesgo de cometer errores involuntarios o eventos adversos, los cuales van a afectar el estado de salud inicial del paciente trayendo consigo posibles complicaciones, negligencias y demás errores.

Mori (19), 2017. Lima, realizó una investigación con el objetivo de *“Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos*

adversos por el profesional de enfermería”. Fue un estudio con enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo y correlacional. Se aplicó un cuestionario a 40 enfermeras, donde se encontró entre sus resultados y conclusiones que existe una relación positiva y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, con un nivel de significancia de 0.05, $R= 0.827$, y $p = 0.035 < 0.05$.

De la Torre (20), 2017. Lima, realizó una investigación con el objetivo de *“Correlacionar la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la notificación de los eventos adversos en pacientes quirúrgicos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”*. Fue un estudio cuantitativo descriptivo, correlacional, prospectivo de corte transversal. La población fue de 143 profesionales. Para medir cultura de seguridad se utilizó un cuestionario y una ficha de registro para medir el reporte de eventos adversos. En cuanto a los resultados, la cultura de seguridad de los pacientes quirúrgicos en la dimensión acciones de dirección/supervisión y la notificación de los eventos adversos tiene una correlación baja ($Rho=0.345$), en la dimensión aprendizaje organizacional y notificación de eventos adversos se encontró una correlación baja ($Rho=0,397$) con la notificación de eventos adversos, resultando estadísticamente significativa ($p=0.000$), lo cual permite afirmar que el equipo quirúrgico posee una gran fortaleza. Acerca del trabajo en equipo se encontró una baja correlación ($Rho=0.275$) estadísticamente significativa ($p=0.001$). En conclusión, la correlación de la cultura de seguridad del equipo quirúrgico y la notificación de eventos adversos es moderada ($Rho= 0.414$) estadísticamente significativa ($p=0.000$).

Ubillus (21), 2017. Lima, realizó una investigación con el objetivo de *“Establecer la relación que existe entre los eventos adversos hospitalarios, la seguridad del paciente y*

las estrategias de solución el servicio de traumatología de la Clínica Universitaria". Fue un estudio observacional de corte transversal, descriptivo inicialmente y con una fase posterior analítica. La población estuvo constituida por con una población de doce enfermeros que laboran en el servicio de traumatología de la clínica Universitaria. Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado. En cuanto a los resultados, se observa que existe relación entre eventos adversos hospitalarios, la seguridad del paciente y las estrategias de solución, además se encontró que las consecuencias de los eventos adversos para el paciente fueron el 58.3% de los pacientes presentan molestias físicas y el 41.7% no presentan. En el 75% de los pacientes la consecuencia no ha sido muerte, pero en el 25% de los pacientes si lo hubo. Además se encontró que los eventos adversos tuvieron consecuencias para la clínica donde el 75% no prolongaron su internación en la clínica, en cambio el 25% si lo hicieron.

Figuroa (22), 2016. Lima, realizó una investigación con el objetivo de *“Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa”*. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal, y correlacional. Se aplicó un cuestionario a 30 enfermeras. En cuanto a los resultados, se encontró que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras y los eventos adversos, con Rho Spearman de 0.781, $p\text{-valor} = 0.000 < \alpha = 0.05$.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Seguridad del paciente

2.2.1.1. Definición de seguridad del paciente

Según la OMS, la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el

consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos (23).

Asimismo, la cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud (24).

Además de ello, se entiende por seguridad del paciente a la reducción del riesgo o daño innecesario hasta un punto mínimo aceptable, según los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto donde se presta la atención, frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro¹⁴. Su medición nos permitirá identificar cuáles son las debilidades del sistema, de manera que se puedan diseñar estrategias orientadas a minimizar el riesgo asistencial (25).

Por otro lado, la cultura de la seguridad también se define como el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación, concretándose como el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización (26).

2.2.1.2. Situación actual sobre seguridad del paciente

La OMS nos menciona que aproximadamente existen decenas de millones de pacientes al año que sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se

conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo (27).

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH (28).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. Asimismo la Alianza hace especial hincapié en fomentar la seguridad para el paciente en todo el mundo, pacientes por la seguridad del paciente, taxonomía de la seguridad del paciente, investigación para la seguridad del paciente y soluciones para la seguridad del paciente como elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria (29).

El Ministerio de salud en el año 2006, como integrante de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente, elabora e implementa el Plan Nacional para la Seguridad del paciente, mediante la resolución ministerial N° 143-2006, en la cual los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo deben desarrollar y establecer acciones de forma institucional enfocados a disminuir de forma significativamente el número de

riesgos, daños y eventos adversos que afectan a los pacientes durante los procesos de atención de salud. Es por ello, que para poder viabilizar lo antes dicho se conformó el comité técnico para la seguridad del paciente (30).

2.2.1.3. Dimensiones de la variable Seguridad del Paciente

Para poder comprender la seguridad del paciente se han propuesto una serie de indicadores que nos reflejan los factores que la integran. Para un mejor entendimiento la agencia de investigación de seguridad del paciente ha propuesto una serie de herramientas que permite la evaluación de la seguridad del paciente y para ello ha planteado una serie de dimensiones que la abarcan, con la finalidad de brindar una atención de calidad (31).

2.2.1.3.1. Frecuencia de eventos notificados.

Es aquella dimensión que está orientada al reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente.

2.2.1.3.2. Percepción de seguridad

Esta dimensión nos menciona sobre la prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos.

2.2.1.3.3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la Seguridad.

En cuanto a esta dimensión, se resalta la retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente.

2.2.1.3.4. Aprendizaje organizacional/mejora

Con respecto a esta dimensión, se señala al aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación

2.2.1.3.5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio

Esta dimensión está orientada al apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y de sobredemanda.

2.2.1.3.6. Franqueza de la comunicación

La presente dimensión nos menciona sobre el informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos.

2.2.1.3.7. Feed back y comunicación sobre errores

Es aquella dimensión en la que se hace referencia a la libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien.

2.2.1.3.8. Respuesta no punitiva a los errores

Esta dimensión se centra en la utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias

2.2.1.3.9. Dotación de personal

La dimensión en mención está relacionada a la disponibilidad y organización del personal.

2.2.1.3.10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Es aquella dimensión orientada al interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.

2.2.1.3.11. Trabajo en equipo entre unidades / servicios

En cuanto a la presente dimensión, se señala a la cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades

2.2.1.3.12. Problemas en cambios de turnos y transiciones entre servicios/unidades

Al referirnos a esta dimensión, hacemos mención sobre las pérdidas de información y problemas durante los cambios y transiciones (31).

2.2.1.4. Medición de la variable Seguridad del Paciente

La evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de aplicación de encuestas que cuentan con varios beneficios: permiten hacer el diagnóstico situacional de

la cultura de seguridad, mejoran el grado de conciencia sobre la seguridad del paciente, detectan la necesidad de capacitación del personal (incluyendo aquellos en formación), ayudan a formular y cumplir acciones de seguridad del paciente, contribuyen a evaluar acciones o programas específicos de seguridad del paciente y permiten evaluar los cambios a través del tiempo (32).

La realización de una evaluación de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud es solo el primer paso para definir y refinar una sólida cultura de seguridad. Múltiples organizaciones internacionales de acreditación ahora requieren evaluaciones de cultura de seguridad del paciente dentro de sus estándares para que los hospitales puedan medir y evaluar asuntos como trabajo en equipo, acciones gerenciales, apoyo de la administración superior y liderazgo para apoyar la seguridad del paciente, desafíos de personal, informes de incidentes y otros relacionados problemas. Dicha aplicación permite a las instituciones de salud conocer de forma más clara las áreas donde necesitan enfocar su atención como parte de sus esfuerzos para fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Además, cuando los hospitales realizan tales evaluaciones, también pueden comparar sus resultados con iniciativas similares realizadas en su país o en el plano internacional (33).

Es así que dentro de los diversos instrumentos que se han planteado para la evaluación de la seguridad de los pacientes, uno de los más utilizados es la versión española de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Se trata de un cuestionario con 42 ítems relativos al clima de seguridad agrupados en 12 dimensiones. Los 42 ítems relativos a las percepciones de los/las profesionales sobre la seguridad tienen cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert: de 1 que equivale a muy en desacuerdo o nunca hasta 5 que hace referencia al valor de muy de acuerdo o siempre (34).

2.2.2. Eventos Adversos

2.2.2.1. Definición de eventos adversos

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) define eventos adversos como todo accidente imprevisto e inesperado, identificado por medio de la revisión de la historia clínica, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o fallecimiento, como consecuencia de la atención por un profesional de la salud y no de la enfermedad presentada por el paciente (35).

Achury et al., conceptualizan “evento adverso” como aquellas lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud; las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro del estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos (36).

El Ministerio de Salud define evento adverso como un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente (37).

2.2.2.2. Situación de eventos adversos

La OMS preocupada porque la incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud; y observando que puede mejorarse notablemente el desempeño de los sistemas de salud, evitando los eventos adversos en particular y mejorando la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud en general;

reconocen la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud (38).

El problema de los eventos adversos en salud existe desde hace mucho tiempo, sin embargo, es hasta estudios realizados en los años noventa que se demostró su frecuencia en los hospitales, sus repercusiones para los pacientes y los daños que ocasionan en su salud. Es a partir de ese entonces que el tema de la seguridad de los pacientes ha captado la atención de diversos actores en todo el mundo, entre ellos: los usuarios, los equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como de los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en las organizaciones de atención a la salud (39).

Al respecto se rescatan una serie de investigaciones relacionadas con el tema, el cual podemos iniciar señalando a un estudio que se realizó en el estado de Nueva York por el grupo de Harvard en la década de los ochenta, en el que se concluyó que casi un 4% de los pacientes sufrió algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, en donde el 70% provocó daño temporal y el 14% acabó en la muerte del paciente, donde se estimó que en los Estados Unidos de América entre 44,000 y 98,000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos, datos que superan incluso la mortalidad ocurrida por los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el sida.

De acuerdo con los reportes publicados en varios países, se puede resumir que la mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que por la complejidad de los nosocomios, su población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Sin embargo, lo antes descrito no excluye que se puedan producir en otros niveles de la atención para la salud, como puede ocurrir en la atención primaria y otros servicios como los de salud mental, de rehabilitación y odontológicos, así como en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (40).

2.2.2.3. Dimensiones de la variable eventos adversos

2.2.2.3.1. Administración clínica

Los eventos adversos relacionados con la administración clínica son todos aquellos eventos que se producen dentro del contexto hospitalario y se relacionan cuando el profesional de enfermería realiza atenciones, procedimientos o servicios de manera incompleta o al paciente erróneo (41).

2.2.2.3.2. Procedimientos asistenciales

Los eventos adversos relacionado a procedimientos asistenciales son todos aquellos eventos que se producen en relación a los diferentes procedimientos que realiza el profesional de enfermería durante la atención a los pacientes, los cuales pueden deberse a realizar el procedimiento a un paciente que no le corresponde, realizar un procedimiento sin las medidas de bioseguridad adecuadas, realizar un procedimiento de forma inconclusa o incompleta, realizar un procedimiento erróneo o realizar un procedimiento en el lugar del cuerpo que no le corresponde (42).

2.2.2.3.3. Errores en la documentación

Los eventos adversos relacionados a los errores en la documentación son aquellos eventos que se producen en relación a la ausencia o inexistencia de la documentación sobre la atención de los pacientes, retraso en el acceso a la información documentaria de los pacientes, documentación ilegible, poco clara e incompleta en cuanto a la información clínica de los pacientes o documentación errónea sobre los pacientes. Además de ello, estos eventos se relacionan a la alta demanda de pacientes, la falta de recurso humano en el servicio, profesionales de enfermería inexpertos o desconocimiento de la documentación necesaria para realizar una atención de calidad (43).

2.2.2.3.4. Errores en la medicación

Los eventos adversos relacionados con los errores en la medicación son todos aquellos eventos que se producen en relación la administración de medicamentos de forma errónea hacia el paciente, los cuales pueden deberse a errores en la administración del medicamento erróneo, administración de la dosis errónea del medicamento, administración del medicamento en el horario incorrecto, administración del medicamento por la vía de administración incorrecta o administración de medicamentos con fecha de vencimiento expirado. Cabe señalar que estos eventos se relacionan al principio de los 5 correctos al momento de administrar un medicamento por el profesional de enfermería (44).

2.2.2.4. Medición de la variable eventos adversos

En relación a la elevada prevalencia de eventos adversos en el contexto de la atención en salud, el Ministerio de Salud hace referencia a la gestión de riesgos como el conjunto de acciones que aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia dentro de costos que sean sostenibles. La gestión de riesgos es una metodología de trabajo que permite gestionar el riesgo al que sometemos a los pacientes con las atenciones médicas, para que éstos no se manifiesten al azar. Para ello y en relación al tercer dominio de acción establecido por la alianza para la seguridad del paciente, el cual menciona la ocurrencia de incidentes y eventos adversos se ha elaborado el formato para la consolidación de incidentes y eventos adversos (45).

Al respecto se han planteado una serie de conceptos que se tienen que tener en cuenta en el análisis de la gestión de riesgos para la seguridad del paciente se debe tomar en cuenta a: (46)

Incidente: Es una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Es frecuente que un evento adverso sea confundido con un

incidente pero este se trata de un suceso que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que favorece la ocurrencia de un evento adverso.

Evento adverso: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.

Evento adverso centinela: Es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las injurias serias, la pérdida de una parte o función del cuerpo. Es un evento que no debiera ocurrir.

Asimismo, para que un suceso sea considerado como un evento adverso debe de cumplir con una serie de criterios:

Daño en el paciente: Este daño puede ser leve, moderado, grave o causar la muerte, en el primer caso el paciente presenta síntomas mínimos o intermedios, de corta duración que no prolongarán la estancia hospitalaria, en cuanto al daño moderado, el paciente necesitará un tratamiento adicional y la estancia será prolongada, en caso al daño grave, la intervención inmediata es necesaria ya que la vida del paciente corre peligro y en el caso de la muerte, el daño será la pérdida de la vida.

Daño producto de la atención en salud: Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.

Daño no intencional: La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente define Seguridad del Paciente como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.

De forma paralela, el área de enfermería se relaciona estrictamente con una serie de eventos adversos los cuales se pueden producir como consecuencia de su proceso de atención. Dentro de ellos se pueden mencionar a los relacionados con la administración clínica, procedimientos asistenciales, errores en la documentación y la administración de su medicación.

2.2.2.5. Enfermería pediátrica

La enfermera pediatra, a través de su formación educativa profesional, tiene el perfil para proporcionar un cuidado integral e interdependiente en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo del recién nacido, lactante, preescolar, escolar y adolescente en diferentes escenarios (48).

La Enfermería infantil o enfermería pediátrica se define como una profesión que ayuda a la infancia y a la colectividad en general, en estado de salud y de enfermedad, en la rehabilitación y ante una circunstancia difícil, como la muerte. Presta atención tanto física como psíquica, protege la salud y ayuda a conseguirla. Se trata, por tanto de una disciplina asistencial, humanística y científica.

En la actualidad la enfermería pediátrica se ocupa de la atención integral y seguimiento continuo de lactantes, niños y adolescentes, y como parte de esta evalúa su desarrollo psicomotor, factores sociales y ambientales que influyen en la salud y bienestar de los infantes en su familia.

De modo que, el profesional dedicado a esta área es conocido como enfermero pediátrico, el cual forma parte del equipo de atención multidisciplinario, especializándose en la prevención y promoción de la salud. Trabajando en conjunto con el médico pediatra y otros profesionales del equipo multidisciplinario de salud a dedicación exclusiva a la población infantil.

Asimismo, dentro de las competencias de los enfermeros pediátricos se encuentran la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería que precisan sus pacientes. Estos profesionales emplean sus habilidades clínicas, su capacidad de análisis y observación para desarrollar una relación cercana y de confianza con el paciente y su familia, lo que les permite medir el logro de los objetivos planteados en la fase de planificación de la atención (48).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Hipótesis específica 4

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA – Comas, 2021.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio presenta un Método Hipotético - Deductivo, es decir, parte de la observación de casos particulares para formular un problema y a través de un proceso inductivo remite a una teoría. Después, apoyándose en la teoría, se formula unas hipótesis de un modo deductivo, que intentará validar empíricamente. Este ciclo inductivo-deductivo se conoce como proceso hipotético-deductivo ya que busca responder la hipótesis planteada en preguntas de investigación de forma particular en base al marco teórico, es decir, partir de premisas generales a particulares (47).

3.2. Enfoque de la investigación

Presenta enfoque cuantitativo puesto que los datos encontrados pueden cuantificarse y de esta forma se podrá describir las variables de estudio (48).

3.3. Tipo de investigación

La actual investigación es de tipo aplicada, puesto que nos basaremos en teorías científicas existentes, luego formularemos la hipótesis de investigación y luego realizaremos comparaciones con la realidad actual para así llegar a conclusiones sobre la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos (47).

3.4. Diseño de la investigación

La investigación presenta un diseño no experimental, de corte transversal y nivel descriptivo correlacional. Es no experimental debido a que no se manipulará la variable independiente y es transversal porque los datos se recolectaron en un periodo determinado, correlacional debido a que se describirá las relaciones entre las variables de estudio: seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos (48).

3.5. Población muestra y muestreo

Población.

La población estará conformada por 40 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia pediátrica de un Hospital del MINSA.

Muestra.

Se trabajará con toda la población en su totalidad conformada por 40 profesionales de enfermería.

Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Profesional de enfermería con vínculo contractual o nombrado.
- Profesional de enfermería de ambos sexos
- Profesional de enfermería que labore en el servicio de emergencia pediátrica en un Hospital del MINSA.
- Profesional de enfermería que de forma voluntariamente participen en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Profesional de enfermería que se encuentre de vacaciones o de licencia durante la aplicación del instrumento en el servicio de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA.

- Profesional de enfermería que no labore en el servicio de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA.
- Profesional de enfermería que no acepte participar en la investigación.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería.

Definición conceptual:

Son aquellas características actitudinales, conductuales, cognitivas y culturales que presentan los profesionales de enfermería para garantizar que el cuidado de enfermería se lleve a cabo de manera segura y exento de riesgos y daños durante su estancia hospitalaria (26).

Definición operacional:

Son aquellas actividades y procedimientos que realizan los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del Minsa, para garantizar que los pacientes sean atendidos de forma segura, con el fin de evitar un evento adverso, el cual será medido mediante un cuestionario tipo Escala de Likert, y valorado en malo, regular y bueno.

Variable 2: Prevención de eventos adversos en los profesionales de enfermería

Definición conceptual:

La prevención de eventos adversos son aquellas actividades que realizan los profesionales de enfermería para evitar la ocurrencia de riesgos, daños y complicaciones en los pacientes que se encuentran a su cargo; es decir, que durante su cuidado el paciente se encuentre en un ambiente seguro libre de riesgos potenciales de salud (36).

Definición operacional:

Son aquellas actividades que realizan los profesionales de enfermería del servicio de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA para prevenir los riesgos o daños al paciente, el cual será medido mediante un cuestionario, y valorado en deficiente, regular y excelente.

Operacionalización de la variable: Seguridad del paciente

Variable	Dimensiones		Indicadores	Escala de Medición	Escala valorativa
Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros	Cultura de Seguridad	Frecuencia de eventos notificados	Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente.	Ordinal: Nunca (1) Rara vez (2) Algunas veces (3) La mayoría de tiempo (4) Siempre (5)	Malo Regular Bueno
		Percepción de seguridad	Prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos.		
	Trabajo en equipo	Trabajo en equipo en la unidad / servicio	Apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y de sobredemanda		
		Trabajo en equipo entre unidades / servicios	Cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades.		
	Comunicación	Franqueza en la comunicación	Informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos.		
		Feed back y comunicación sobre los errores	Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien.		
	Gestión y Dirección	Aprendizaje organizacional / mejora continua	Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación.		
		Dotación de personal	Disponibilidad y organización del personal.		
		Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.		
	Supervisión	Respuesta no punitiva a los errores	Utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias		
		Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	Pérdidas de información y problemas durante los cambios y transiciones.		
		Expectativas y acciones de la dirección / supervisión / servicios para favorecer la seguridad	Retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente.		

Operacionalización de la variable: Prevención de eventos adversos

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala valorativa
Prevención de eventos adversos en los enfermeros	Administración clínica.	No realiza lo indicado	Ordinal: No (1) Si (2)	Deficiente Regular Excelente
		Incompleto o inadecuado		
		Paciente erróneo		
		Servicio erróneo		
	Procedimientos asistenciales.	No realiza lo indicado		
		Incompleto o inadecuado		
		Procedimiento erróneo		
		Lugar del cuerpo erróneo		
	Errores en la documentación	Documentos ausentes		
		Demora en el acceso		
		Documento erróneo		
		Información incompleta		
	Errores en la medicación	Paciente erróneo		
		Medicamento erróneo		
		Dosis o frecuencia incorrecta		
		Vía errónea		
		Medicamento caducado		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizará para poder recolectar será la encuesta.

3.7.2. Descripción del instrumento

Cuestionario de cultura de seguridad del paciente:

El cuestionario que mide la cultura de seguridad del paciente, será la versión española adaptado por la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España creada por la Agency for Healthcare Research and Quality de EE.UU, presenta las siguientes partes: Introducción, Instrucciones, Datos generales y Contenido propiamente dicho (Ver Anexo 1). Consta de 34 ítems, divididas según las dimensiones de la variable:

Dimensión Cultura de Seguridad: Ítem 40, 41, 42, 10, 15, 17 y 18.

Dimensión Trabajo en equipo: Ítem 1, 3, 4, 11, 24, 26, 28, 32 y 46.

Dimensión Comunicación: Ítem 35, 37, 39, 34, 36 y 38.

Dimensión Gestión y Dirección: Ítem 6, 9, 13, 2, 5, 7, 14, 23, 30 y 31.

Dimensión Supervisión: Ítem 8, 12, 16, 25, 27, 29, 33, 19, 20, 21 y 22.

Estos ítems se categorizan con una escala tipo Likert con 5 opciones que van desde muy en desacuerdo o nunca, en desacuerdo o raramente, ni de acuerdo ni en desacuerdo o a veces, de acuerdo o casi siempre, hasta muy de acuerdo o siempre, los cuales los dos primeros son codificados en valor negativo, el tercer valor como neutral y los dos últimos valores son codificados como positivos.

Cuestionario de prevención de eventos adversos:

El instrumento que mide la prevención de eventos adversos fue la propuesta por el Ministerio de Salud (46) y adaptada por Mori (19) en el año 2017 en su estudio titulado: “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte”; además de ello, este

instrumento fue utilizado y validado por Reina (49) en su investigación titulada: “Gestión de seguridad y prevención de eventos adversos evaluada por personal. Presenta las siguientes partes: Introducción, Instrucciones, Datos generales y Contenido propiamente dicho (Ver Anexo 2). Consta de 17 ítems, divididas según las dimensiones de la variable:

Dimensión Administración clínica: Ítem 1, 2, 3 y 4.

Dimensión Procedimiento Asistencial: Ítem 5, 6, 7 y 8.

Dimensión Errores de la documentación: Ítem 9, 10, 11 y 12.

Dimensión Errores en la medicación: Ítem 13, 14, 15, 16 y 17.

El instrumento es una lista de chequeo que se categoriza en dos respuestas: SI, cuando realiza la actividad del ítem propuesto y NO, cuando no realiza dicha actividad del ítem propuesto.

3.7.3. Validación y Confiabilidad

En relación al instrumento de medirá la cultura de seguridad del paciente, será la versión española adaptado por la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España creada por la Agency for Healthcare Research and Quality de EE.UU, la cual fue validada en Perú por Nuñez (50) en el año 2018 en su investigación titulada: “Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Perú - 2018”, donde se halló la validez del instrumento mediante el análisis factorial con un resultado de 67.2% y la confiabilidad mediante la prueba piloto a 20 enfermeras y el coeficiente de alfa de Cronbach con un resultado de 0.98.

Asimismo, el instrumento que medirá la variable de eventos adversos fue validado por Mori (19) el cual refiere una validez de contenido aceptable, bajo los criterios de pertenencia, relevancia y claridad, además presenta una confiabilidad con un coeficiente de Kuder Richardson igual a 0.865. Por otro lado, Reina (49) validó el mismo instrumento con una validez de contenido aceptable y una confiabilidad de 0.754.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para poder realizar el presente trabajo de investigación se realizará la previa coordinación con el director de un hospital del MINSA, de tal forma que se logre el permiso correspondiente para poder recolectar toda la información necesaria sobre la población de estudio. Asimismo, se coordinará con el servicio de emergencia del hospital para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

El método para recolectar datos a utilizar será la encuesta, el cual será llenado dentro de los horarios laborales y el tiempo que se dará para el llenado de cada cuestionario será de 20 minutos aproximadamente. Para ello, se explicará de forma previa el proceso de llenado y respuesta del cuestionario para evitar sesgos en las respuestas.

En primer lugar, se hará entrega del consentimiento informado, y después que lo haya aceptado, se procederá a entregar los cuestionarios a cada profesional de enfermería. Al finalizar el llenado del instrumento se procederá a revisar su correcto llenado para evitar posibles sesgos.

Después que culminar de recolectar los datos, los resultados obtenidos serán plasmados en tablas y gráficos, en porcentajes según cada dimensión, para después poder realizar el comentario respectivo en comparación con los antecedentes y teorías respectivas.

Se utilizará el programa Word para redactar el informe final, así como la documentación del cas. Se presentarán estadísticas descriptivas (promedio y porcentaje) de las características de la población como la edad, sexo y años de servicio por medio del programa Excel 2019, para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos.

Para la estadística inferencial (Normalidad, Prueba de hipótesis y Correlación de variables) se utilizará el programa SPSS versión 22, mediante la prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnov y el coeficiente de correlación de Spearman.

3.9. Aspectos éticos

Con la finalidad de poner en práctica y mantener la ética de investigación, el presente estudio tendrá en cuenta los siguientes principios:

Autonomía: Los participantes del presente estudio lo harán de forma voluntaria, para lo cual se les presentará un consentimiento informado, detallando la finalidad de la investigación y en qué consistirá su participación.

No maleficencia: En el desarrollo del estudio no se realizará ningún procedimiento que pueda generar algún daño o malestar a las enfermeras involucradas.

Confidencialidad: Los datos ofrecidos por los participantes serán totalmente anónimos es decir no habrá la necesidad de colocar nombres en ninguna parte de la investigación. En cuanto a los resultados encontrados, sólo serán mostrados al personal sanitario responsable.

Beneficencia: Este principio se puso en relevancia al momento de mencionar a las enfermeras la necesidad de su percepción sobre la variable de estudio, es decir, al momento que responderán el instrumento.

Justicia: Los participantes del estudio fueron elegidos sin ninguna señal de discriminación, es decir, las enfermeras tendrán el mismo grado de consideración y respeto.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	MESES							
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Idea de investigación	X							
Planteamiento de problema	X	X						
Formulación de problema		X	X					
Justificación			X					
Antecedentes			X	X				
Formulación de objetivos			X	X				
Marco teórico			X	X	X			
Operacionalización de variables			X	X	X			
Hipótesis				X	X			
Método de investigación				X	X			
Población, muestra, muestreo				X	X			
Técnica e Instrumento de recolección de datos					X	X		
Plan de procesamiento y análisis de datos					X	X		
Aspectos éticos					X	X		
Elaboración de informe final						X	X	
Revisión y corrección de proyecto de investigación						X	X	
Sustentación de proyecto de investigación								X

4.2. Presupuesto

RECURSOS HUMANOS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Investigador	400	1	400
Estadista	200	1	200
Asesor	400	0	400
SUBTOTAL		1000	
MATERIALES DE ESCRITORIO			
Papel bond	0,10	200	20
USB	1	60	60
Tinta de impresora	50	6	300
Copias	0,10	500	50
Lapiceros	0,50	10	5
Folders	0,50	10	5
Libros	50	5	250
SUBTOTAL		690	
SERVICIOS			
Vehículo	10	30	300
Internet	1 HORA	100	100
SUBTOTAL		400	
TOTAL		2090	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Seguridad del paciente. [Internet]; 2019 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15214:delegations-adopted-resolutions-on-patient-safety-emergency-andtraumacarewater-and-sanitation-and-on-the-icd-11&Itemid=1926&lang=es.
2. Organización Mundial de la Salud. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. [Internet]; 2019 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329285/A72_R6-sp.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre seguridad del paciente. [Internet]; 2019 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
4. Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la seguridad del paciente. [Internet]; 2019 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2019>
5. Martínez R. Factores relacionados con eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados en cuatro instituciones de salud colombianas. Revista Cubana de Enfermería. [Internet] 2017; 37(4). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3910/782>
6. Martínez R, et al. Factores relacionados con los eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados en una institución de Salud en Sucre 2014-2018. Revista Científica de Ciencias de la Salud. [Internet] 2019; 12(2). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1213
7. Davenport M, et al. Detección de eventos adversos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante la herramienta de disparadores globales Global Trigger Tool. Revista Archivos Argentinos Pediátricos. [Internet] 2017; 115(4). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_ao_davenport_26-6-17pdf_1498513664.pdf
8. Lima P. et al. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Revista Enfermería Global. [Internet] 2020; 19(60). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400016

9. Viana A. et al. Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital. Revista Enfermería Global. [Internet] 2019;(55). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300010
10. Larico Y. et al. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. Revista Médica Basadrina. [Internet] 2021; 15(2). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1048>
11. Rivera H. et al. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. Revista ACC CIETNA. [Internet] 2020; 7(2). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/410>
12. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. [Internet]; 2007 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>.
13. Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la Seguridad del Paciente: 17 setiembre de 2020. [Internet]; 2020 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>.
14. Arroyo A., Cruzado M. Efecto de un Programa Médico Hospitalario en la Cultura de Seguridad del Paciente. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Base “Víctor Lazarte Echeagaray” – EsSalud. Revista Ciencia y Tecnología. [Internet] 2019; 15(3). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2517>
15. Burlison J. et al. Un análisis multinivel de las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente de los hospitales de EE. UU. Y la percepción de la notificación voluntaria de eventos. Journal of Patient Safety. [Internet] 2020; 6(3). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/10/30/un-analisis-multinivel-de-las-relaciones-entre-la-cultura-de-seguridad-del-paciente-de-los-hospitales-de-ee-uu-y-la-percepcion-de-la-notificacion-voluntaria-de-eventos/>
16. Miller N. et al. La relación entre la cultura de seguridad y la notificación voluntaria de eventos en un gran grupo regional de atención ambulatoria. Journal of Patient Safety. [Internet] 2019; 15(4). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en:

https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2019/12000/The_Relationship_Between_Safety_Culture_and.31.aspx

17. Bernal F. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un Hospital nivel I. Revista Científica de Enfermería CURAE. [Internet] 2020; 3(1). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383>
18. Martínez R. Conocimiento del enfermero sobre seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2019 Lima; [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en Emergencias y Desastres] Lima, Universidad Nacional del Callao. [Internet] 2019 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4316?show=full>
19. Mori N. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 Lima; [Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gestión en Servicios de la Salud]. Lima, Universidad Cesar Vallejo [Internet] 2017 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/12905>
20. De la Torre L. Cultura de seguridad del equipo quirúrgico relacionada a la notificación de eventos adversos de pacientes quirúrgicos Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Del Callao 2015 Lima; [Tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias de la Salud] Lima, Universidad Nacional del Callao [Internet] 2017 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3974>
21. Ubillus A. Eventos adversos hospitalarios, seguridad del paciente y estrategias de solución, clínica Universitaria Lima, 2017 Lima; [Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud con mención en Gestión de los Servicios de Salud] Lima, Universidad San Pedro [Internet] 2017 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/6439>
22. Figueroa M. 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 Lima; [Tesis para optar el grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud] Lima, Universidad Cesar Vallejo [Internet] 2016 [citado

- 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7105>
23. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Seguridad del paciente 2006 - 2008 RM N°676- 2006. [Internet] 2006 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-web/calidad/sdp-minsa/sdp-minsa-3.pdf>.
 24. Gomez O. et al. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. Ciencia y Enfermería. [Internet] 2011; 17(3). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009
 25. Mella M. et al. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gaceta Sanitaria. [Internet] 2020; 34(5). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-analisis-cultura-seguridad-del-paciente-articulo-S0213911118302395>
 26. Arias J., Gómez R. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Medicina. [Internet] 2017; 31(2). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>
 27. Organización Mundial de la Salud. La investigación en Seguridad del Paciente Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [Internet] 2008. [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
 28. Ministerio de Salud. Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. [Internet] 2019 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/media/attachments/2019/03/18/resolucin-directoral-n055-2019-dg-hejcu-plan-anual-de-seguridad-del-paciente---of.-de-calidad.pdf>.
 29. Ceriani J. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la seguridad del paciente". Archivos argentinos de pediatría. [Internet] 2009; 107(5). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n5a01.pdf>
 30. Ministerio de Salud. Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, RM N° 143 2006 Lima: Ministerio de Salud; [Internet] 2006. [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf

31. Agency for Healthcare Research and Quality. Acerca del trabajo de calidad y seguridad del paciente de la AHRQ. [Internet] 2018 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/about/index.html>.
32. Pérez J. et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. CONAMED. [Internet] 2014; 19(2). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57564>
33. Gonzales L, Garrido D, Morales M. Medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente en una institución de 3 nivel de la ciudad de Ibagué. Vía Innova. [Internet] 2018; 5(1). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://revistas.sena.edu.co/index.php/RVI/article/view/2146>
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; [Internet] 2005. [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
35. Homs E., et al. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. Revista Gerokomos. [Internet] 2018; 29(1). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100039
36. Achury D. et al. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). Revista Salud Uninorte. [Internet] 2017; 33(2). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00105.pdf>
37. Hospital Sergio E. Bernales. Plan de rondas y gestión del riesgo para la seguridad del paciente del Hospital Sergio E. Bernales, Año 2020. [Internet] 2020 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/resoluciones-directorales/2020/RD2020-052.pdf>.
38. Asamblea Mundial de la salud 55. Calidad de atención: Seguridad del paciente Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2002 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/81997>.
39. Secretaria de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2012.

40. Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad; [Internet] 2007. [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf
41. Neves T. et al. Escala de eventos adversos asociados a las prácticas de enfermería: estudio psicométrico en contexto hospitalaria portugués. Revista Latino Americana de Enfermagem. [Internet] 2018; 26(e3093). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rhMFSfM4fxjL46WrnQb3WPP/?lang=es>
42. Zarate R. et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. Revista Enfermería Universitaria. [Internet] 2017; 14(4). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/9>
43. Gonzales M. et al. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. Revista Da Escola de Enfermagem. [Internet] 2018; 52(e03306). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/8XxJVCyVfx6ZgxR5xDdKqLv/abstract/?lang=es>
44. Figueredo B. et al. Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. Revista Enfermería Global. [Internet] 2019; 18(56). [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/344881>
45. Ministerio de Salud. Gestión del riesgo en la seguridad del paciente. [Internet] 2018 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp>.
46. Ministerio de Salud. Vigilancia de incidentes y eventos adversos. [Internet] 2008 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2013/INSTRUMENTOS-INCIDENTES-EVENTOS%20ADVERSOS.pdf>.
47. Valverde IM, Caballero NA, Cristina RI. Enfermería pediátrica. Primera ed. México: El Manual Moderno; 2013.
48. Tamayo T. Metodología de la investigación. tercera edición ed. Madrid; 2008.
49. Hernandez SR, Fernandez CC, Baptista LM. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
50. Reina B. Gestión de seguridad y prevención de eventos adversos evaluada por personal médico del Centro de Salud Montalvo, Ecuador, 2020. [Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]; Piura,

Universidad César Vallejo [Internet] 2020 [citado 10 setiembre 2020] Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49520>

51. Nuñez E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú 2018. [Tesis de especialidad], Chiclayo, Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; [Internet] 2018. [citado 10 setiembre 2020] Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2481>

Anexo

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema General: ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021?	Objetivo general: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica.	Hipótesis general: Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021.	Variable 1: Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros	Tipo: Aplicada Método: Hipotético - Deductivo Diseño: No experimental corte transversal nivel correlacional Población: Conformado por 40 profesionales de enfermería. Tipo de muestreo: No Probabilístico por conveniencia. Tamaño de muestra: Se realizará una muestra censal y se considerará toda la población como grupo de estudio.
Problemas Específicos: ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021?	Objetivos específicos: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica.	Hipótesis específicas: Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los profesionales de enfermería que laboran en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión administración clínica de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021.		

<p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021?</p>	<p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica.</p>	<p>Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión procedimiento asistencial de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021.</p>	<p>Variable 2: Prevención de eventos adversos en los enfermeros</p>	
<p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021?</p>	<p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores de la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica.</p>	<p>Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la documentación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021.</p>		
<p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021?</p>	<p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica.</p>	<p>Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la dimensión errores en la medicación de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA, Comas – 2021.</p>		

Anexo 2: Instrumentos

Instrumento de Recolección de datos: Cultura de Seguridad del Paciente

I. Introducción:

Estimada(o) licenciada(o) en enfermería:

El presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio donde usted labora. En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones.

Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinda es anónima y en estricta reserva.

II. Datos Generales

Fecha	Hora de inicio:		Hora final:	
1. Edad				
2. Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
3. Estado civil				
4. Tiempo de servicio				
5. Trabaja en otra institución	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

III. Instrucciones

A continuación se presenta una serie de preguntas los cuales Ud. deberá responder con la verdad y de acuerdo a sus propias experiencias, marcando con un aspa (x) el número que representa la frecuencia con que usted suele tener dichas manifestaciones, para ello al lado derecho de cada enunciado se presentan las posibilidades que deben marcar según su opinión solo puede marcar una alternativa, donde:

1 = Nunca

2 = Raramente

3 = A veces

4 = Casi siempre

5 = Siempre

Por ejemplo:

1) Me gusta apoyar a mis compañeros: 1 2 3 5

IV. Contenido

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5
1	El personal se apoya mutuamente.					
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10	No se producen más fallos por casualidad.					
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					
23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					

31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Instrumento de Recolección de datos: Prevención de Eventos Adversos

I. Introducción:

Estimada(o) licenciada(o) en enfermería:

El presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre la prevención de eventos adversos en el servicio donde usted labora. En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones.

Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinda es anónima y en estricta reserva.

II. Datos Generales

Fecha	Hora de inicio:		Hora final:	
1. Edad				
2. Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
3. Estado civil				
4. Tiempo de servicio				
5. Trabaja en otra institución	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

III. Instrucciones

Marque con un aspa las siguientes preguntas de la siguiente manera:

SI: Si realiza las acciones del enunciado

NO: No realiza las acciones del enunciado

IV. Contenido

N°	ÍTEM	1	2
	Dimensión: Administración clínica.		
1	No realiza lo indicado		
2	Incompleto o inadecuado		
3	Paciente erróneo		
4	Servicio erróneo		
	Dimensión: Procedimientos asistenciales.		
5	No realiza lo indicado		
6	Incompleto o inadecuado		
7	Procedimiento erróneo		
8	Lugar del cuerpo erróneo		
	Dimensión: Errores en la documentación		
9	Documentos ausentes		
10	Demora en el acceso		
11	Documento erróneo		
12	Información incompleta		
	Dimensión: Errores en la medicación		
13	Paciente erróneo		
14	Medicamento erróneo		
15	Dosis o frecuencia incorrecta		
16	Vía errónea		
17	Medicamento caducado		

Anexo 3: Consentimiento informado

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR LOS ENFERMEROS DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DEL MINSA, COMAS - 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por: Sulca Paucar Meysi del Pilar, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de Segunda Especialidad en Enfermería Pediátrica. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en los enfermeros de emergencia pediátrica. La investigación consistirá en recolectar los datos por medio de un cuestionario y una lista de chequeo donde se podrá apreciar las conductas y percepciones sobre las variables de estudio. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”), y su Reglamento, Decreto Supremo N° 003-2013-JUS. Estos datos serán almacenados en la Base de Datos del investigador. Asimismo, usted puede modificar, actualizar o eliminar, según crea conveniente, sus datos en el momento que desee. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá retribución en dinero por haber participado del estudio. Los datos finales le serán comunicados al finalizar los el estudio.

Desde ya le agradezco su participación.

Mediante el presente documento yo,.....
Identificado(a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en este estudio, conducido por (colocar nombre del investigador), del cual he sido informado(a) el objetivo y los procedimientos. Además acepto que mis Datos Personales sean tratados para el estudio, es decir, el investigador podrá realizar las acciones necesarias con estos (datos) para lograr los objetivos de la investigación.

Entiendo que una copia de este documento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

DNI:.....

Fecha:

Investigador:.....

Teléfono celular:.....

Correo electrónico:.....

Anexo 4: Informe de originalidad

SULCA PAUCAR MEYSI DEL PILAR

ORIGINALITY REPORT

19%	19%	6%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	ri.uaemex.mx Internet Source	2%
2	repositorio.autonoma.edu.co Internet Source	2%
3	repositorio.upsjb.edu.pe Internet Source	2%
4	repositorio.upao.edu.pe Internet Source	1%
5	Submitted to Ministerio de Defensa Student Paper	1%
6	www.fcv.org Internet Source	1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	1%
8	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Student Paper	1%
9	Submitted to usmp Student Paper	1%

10	revistas.uss.edu.pe Internet Source	1 %
11	ninive.uaslp.mx Internet Source	1 %
12	calidad.salud.gob.mx Internet Source	1 %
13	digitum.um.es Internet Source	1 %
14	www.revistas.unitru.edu.pe Internet Source	1 %
15	bibdigital.epn.edu.ec Internet Source	1 %
16	repositorio.uladech.edu.pe Internet Source	1 %
17	shop-atlibrary.rhcloud.com Internet Source	1 %
18	repositorio.unan.edu.ni Internet Source	1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On