



Facultad de Ciencias de la Salud

**Cultura de seguridad del paciente y práctica del cuidado
humanizado en enfermeros de la unidad de cuidados
intensivos del Hospital Regional, Ica – 2023**

**Trabajo Académico para optar el título de especialista en
Enfermería en Cuidados Intensivos**

Presentado por:

Autora: Guzman Vasquez, Evelin Juliana

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9328-9084>

Asesor: Mg. Fernandez Rengifo, Werther Fernando

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641>

Lima – Perú

2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Guzman Vasquez, Evelin Juliana, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado “Cultura de seguridad del paciente y práctica del cuidado humanizado en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del Hospital regional, Ica – 2023”, Asesorado por el Docente Mg. Fernandez Rengifo, Werther Fernando, DNI N° 05618139, ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641>, tiene un índice de similitud de 19 (Diecinueve) %, con código oid:14912:233301255, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor(a)
 Guzman Vasquez, Evelin Juliana
 DNI N° 47936015



.....
 Firma del Asesor
 Mg. Fernandez Rengifo, Werther Fernando
 DNI N° 05618139

Lima, 30 de Octubre de 2022

DEDICATORIA

A mi familia, por su apoyo incondicional que me
brindan cada día.

AGRADECIMIENTO

A mis colegas por las enseñanzas brindadas.

A mi institución con cariño.

Asesor: Mg. Fernandez Rengifo, Werther Fernando
Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641>

JURADO

PRESIDENTE : Dra. Gonzales Saldaña, Susan Haydee

SECRETARIO : Dra. Uturnco Vera, Milagros Lizbeth

VOCAL : Mg. Pretell Aguilar, Rosa Maria

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice	vii
Resumen.....	x
Abstract.....	x
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	5
1.2.1. Problema general	5
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación de la investigación	10
1.4.1. Teórica	10
1.4.2. Metodológica	10
1.4.3. Práctica.....	11
1.5. Delimitaciones de la investigación	11
1.5.1. Temporal.....	11
1.5.2. Espacial.....	12
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	12

2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes internacionales.....	13
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Formulación de hipótesis	31
2.3.1. Hipótesis general.....	31
2.3.2 Hipótesis Especificas	31
3. METODOLOGIA	34
3.1. Método de la investigación	34
3.2. Enfoques de la investigación	34
3.3. Tipo de investigación.....	34
3.4. Diseño de la investigación	35
3.5. Población, muestra y muestreo	35
3.6. Variables y operacionalización.....	36
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
3.7.1. Técnica.....	39
3.7.2. Descripción de los instrumentos	39
3.7.3. Validación.....	40
3.7.4. Confiabilidad	41
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	42
3.9. Aspectos Éticos.....	43
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	44
4.1 Cronograma de actividades.....	44

4.2. Presupuesto	45
REFERENCIAS.....	46
Objetivos específicos	59
Anexo 2. Instrumento de evaluación	61

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente se entiende como: “La ausencia de daños innecesarios o potenciales al paciente asociados a la atención sanitaria”. Esta seguridad del paciente incluye no solo prevenir y mitigar prácticas inseguras dentro del sistema de salud, sino también utilizar las prácticas más conocidas para lograr un desarrollo óptimo del paciente. **Objetivo:** Determinar cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos de un hospital regional de Ica, 2023. **Métodos:** estudio aplicado, cuantitativo, correlacional y transversal. La muestra censal estará constituida por 50 profesionales de enfermería del hospital regional de Ica de la unidad de cuidados intensivos. Se usará una encuesta para aplicar los cuestionarios a la población objetivo, que están validados y son confiables para mediar las variables. Los datos recolectados serán procesados en SPSS 5 y las hipótesis se probarán usando la prueba estadística del coeficiente de correlación de spearman dada la naturaleza cualitativa de las variables.

Palabras claves: seguridad, cuidado humanizado, enfermería, trabajo y comunicación.

Abstract

Introducción: Patient safety is understood as: "The absence of unnecessary or potential harm to the patient associated with health care." This patient safety includes not only preventing and mitigating unsafe practices within the healthcare system, but also using best known practices to achieve optimal patient development. **Objective:** To determine the relationship between the culture of patient safety and the practice of humanized care in nurses in the intensive care unit of a regional hospital in Ica, 2023. **Methods:** applied, quantitative, correlational and cross-sectional study. The census sample will consist of 50 nursing professionals from the Ica regional hospital of the intensive care unit. A survey will be used to apply the questionnaires to the target population, which are validated and reliable to measure the variables. The collected data will be processed in SPSS 5 and the hypotheses will be tested using the Spearman correlation coefficient statistical test given the qualitative nature of the variables.

Keywords: security, humanized care, nursing, work and communication.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente se entiende como: “La ausencia de daños innecesarios o potenciales al paciente asociados a la atención sanitaria”. Esta seguridad del paciente incluye no solo prevenir y mitigar prácticas inseguras dentro del sistema de salud, sino también utilizar las prácticas más conocidas para lograr un desarrollo óptimo del paciente (1).

Por otro lado, los cuidados intensivos son una especialidad médica que se enfoca en el cuidado y tratamiento de los problemas médicos de los pacientes. Los pacientes de cuidados intensivos requieren mucho cuidado y apoyo, por lo que es importante asegurarse de que estén seguros. Algunas personas creen que los pacientes de cuidados intensivos no están seguros porque carecen del equipo médico, el personal y los conocimientos adecuados. Sin embargo, la seguridad de los pacientes de cuidados intensivos es importante y puede mejorarse con las medidas adecuadas (2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 2,6 millones de pacientes mueren anualmente debido a eventos adversos (EA). Además, en la Asamblea Mundial de la Salud del 2019 reconoció la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria. Esto se debió a que el daño causado por estos eventos es una de las causas más comunes de discapacidad y muerte entre los pacientes de todo el mundo. Se estima que 134 millones de eventos adversos ocurren anualmente en países de todo el mundo; estos cuestan aproximadamente 42 millones de dólares cada año a sus respectivos sistemas de salud (3).

En 2018, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) realizó un estudio en el que participaron los países como Canadá, Corea del Sur, Alemania y otros. El estudio encontró que el 15% de todos los costos hospitalarios se debieron a daños causados por

eventos adversos. También concluyó que 1 de cada 10 pacientes presentó algún tipo de evento adverso durante su estancia en el hospital. Además, el estudio encontró que la financiación y la inversión en la reducción de eventos adversos generarían ahorros significativos y mejores resultados en la atención al paciente (4).

En ese sentido, las enfermeras deben mantener una seguridad del paciente, son ellas las que brindan el cuidado y su trabajo juega un rol importante en la protección del usuario s contra los efectos secundarios causados por la atención misma. Las enfermeras deben tener un amplio conocimiento de los sistemas de atención médica y la interacción humana para mantener una seguridad de la paciente adecuada (5).

Asimismo, en Cataluña en 2020, la tasa de eventos adversos durante los traslados de pacientes críticos fue del 13,9%, destacando que los pacientes en unidades de cuidados intensivos son más vulnerables a los eventos adversos durante la hospitalización porque tienen todas las condiciones y necesidad de atención. De igual forma, un estudio multicéntrico en México de 2018 encontró que el 70.5% de los eventos adversos informados eran prevenibles, de los cuales el 55.9% no fueron informados a las familias, lo que indica una necesidad urgente de fortalecer los temas culturales sobre la seguridad del paciente (6).

En tanto, un estudio de 2017 en hospitales de Brasil, Colombia y Perú en Latinoamérica mencionó que el 70% de todos los eventos adversos que ocurrieron estuvieron relacionados con la mala comunicación entre los equipos, de los cuales el 31,7% fueron evitables (7).

En cuanto a la lesión por presión (IP pressure injurien, por sus siglas en inglés), si bien es cierto la mayoría, sin embargo, la incidencia de daño sigue siendo motivo de preocupación en todo el mundo, independientemente del nivel de ingresos nacional. En el 2019 un estudio mostró que la incidencia de IP entre los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es aún mayor, con un rango de 6,60% a 36,80% a nivel mundial. En Europa, la incidencia de IP

entre los pacientes de la UCI es del 8,10 al 31%. Estudios de países de Oriente Medio han demostrado que el 8,90 % de los pacientes de la UCI desarrollaron IP durante su estancia en la UCI en Irán 10, seguido del 17 % en Turquía, el 33,70 % en el Líbano 12 y el 39,30 % en Arabia Saudí. Dentro de China, los pacientes de la UCI tenían la mayor incidencia de IP, 4,48 %, mucho más alta que la incidencia general de IP de 0,63 % (8).

Por lo que la lesión por presión es una condición médica dolorosa y costosa que puede prolongar la estadía en el hospital, aumentar el costo del tratamiento e incluso causar la muerte. Los pacientes con IP permanecen más tiempo en el hospital que los pacientes sin IP y sus costes de tratamiento también son significativamente más elevados.

En cuanto a las infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de la salud (HAI, por sus siglas en inglés) son una carga importante para la salud pública. Las encuestas de prevalencia en los Estados Unidos (EE. UU.) sugieren que el 30 % de las HAI ocurren en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Además, las HAI prolongan las estancias en la UCI y en el hospital, aumentan el consumo de antibióticos e inflan los costes de la atención. La aparición de HAI es el resultado de una interacción compleja de factores patógenos (virulencia, resistencia a los antibióticos), factores del huésped (comorbilidad, enfermedad aguda), factores de tratamiento (dispositivos invasivos, presión de selección de antibióticos), procesos de atención médica (personal, medidas de prevención) e incluso condiciones climatológicas (9).

Las enfermeras de la UCI tienen un papel central en la prevención y el manejo de las IRAS, ya que participan en la atención higiénica básica, la observación clínica y el control de las partes del cuerpo sensibles a la infección (p. ej., lugares de inserción de catéteres o heridas quirúrgicas), así como en el control de los signos sistémicos de infección. dirigir e implementar iniciativas de mejora de la calidad, muestreo microbiológico correcto y aspectos de administración de antibióticos. Los esfuerzos continuos para prevenir infecciones han llevado

a una disminución significativa de las HAI asociadas con dispositivos. Sin embargo, se espera que la carga de las IRAS aumente en los próximos años, como resultado de la intensificación de la atención, el envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de enfermedades subyacentes graves en los pacientes de la UCI y la propagación continua de organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO) en el hospital, hospital y la comunidad (10).

Se sabe que el efecto secundario más común del CVP (Catéter venoso periférico) es la flebitis. En donde en el 2018 en España, en estudio señala que hasta el 30% de las bacteriemias asociadas a la atención hospitalaria están relacionadas con el uso de dispositivos intravasculares, y estos producen un aumento de la morbilidad y los gastos hospitalarios, que se estiman en unos 18.000 euros por episodio (10).

El manejo de CVP es un problema poco reconocido en relación con el riesgo del paciente dentro de la complejidad de la atención. La flebitis prolonga la hospitalización y el tratamiento, aumenta los gastos económicos, disminuye la satisfacción del paciente y puede derivar en otras complicaciones como sepsis, dolor, malestar, estrés, posibilidad de coagulación, tromboflebitis y embolia (11).

En Perú, la seguridad del paciente es vista como uno de los pilares de la política nacional de calidad de la atención en salud; en 2020, se implementó una nueva ronda de directivas de seguridad del paciente para mejorar la calidad de la atención y, en el largo plazo, todos los usuarios de los servicios públicos y privados. servicios privados de salud calidad de vida (12).

Las consecuencias de la falta de aplicación de procesos en la seguridad del paciente se centran en las metas internacionales del paciente. Entre los eventos adversos encontramos: caídas, errores de medicación, identificaciones, procedimientos erróneos, todos ellos causan

daño al paciente, causan incapacidad e incluso conducen a la muerte del paciente en el proceso de gestionar un cuidado seguro (13).

La praxis de enfermería requiere que los profesionales se enfoquen en consolidar su formación universitaria para desarrollar un perfil humanista y socialmente justo para los estudiantes. Esto se debe a que cuidar proporciona una herramienta importante para la enfermería (14).

El cuidado humanizado de enfermería se basa en la interacción enfermera-paciente, que involucra a dos personas que forman un vínculo estrecho para planificar una estrategia de atención y fomentar resultados de salud positivos (15).

Es necesario brindar altos niveles de especialización asistencial para atender adecuadamente al paciente crítico. Las unidades de cuidados intensivos necesitan un cuidado específico y enfocado de todo el personal involucrado, como lo demuestra el hecho de que la mayoría de las rotaciones por las UCI del hospital regional de Ica no incluyen precauciones de seguridad. Esto se debe a que el personal de enfermería no comunica las pautas de seguridad de manera efectiva ni las completa correctamente. Además, algunos formularios no estaban disponibles para la debida comunicación y registro durante los procedimientos de admisión, alta y transferencia. Frente a lo dicho se ha formulado la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ica, 2023?

1.2.2. Problemas específicos

a. ¿cuál es la relación entre la dimensión “trabajo en equipo” de la cultura de seguridad del paciente y la practica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?

b. ¿cuál es la relación entre la dimensión “presión y ritmo de trabajo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?

c. ¿cuál es la relación entre la dimensión “aprendizaje-organizativo- mejoras continuas” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?

d. ¿cuál es la relación entre la dimensión “respuesta a los errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?

e. ¿Cuál es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y practicas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?

f. ¿cuál es la relación entre la dimensión “comunicación acerca de errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?

g. ¿cuál es la relación entre la dimensión “comunicación y receptividad” de la cultura de seguridad del paciente y practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?

h. ¿cuál es la relación entre la dimensión “información de eventos relacionados con la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?

i. ¿cuál es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?

j. ¿cuál es la relación entre la dimensión “transferencia e intercambio de información” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

“Determinar cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos de un hospital regional de Ica, 2023.”

1.3.2. Objetivos específicos

a. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “trabajo en equipo” de la cultura de seguridad del paciente con las prácticas del cuidado humanizado en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

b. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “presión y ritmo de trabajo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

c. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “aprendizaje-organizativo- mejoras continuas” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

d. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “respuesta a los errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

e. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

f. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “comunicación acerca de errores” de la cultura de seguridad del paciente y las prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

g. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “comunicación y receptividad” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

h. Identificar cual es la relación entre la dimensión “información de eventos relacionados con la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

i. Identificar cual es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

j. Identificar cuál es la relación entre la dimensión “transferencia e intercambio de información” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación expone su justificación teórica en el aporte que hará a la comprensión de las teorías sobre las competencias gerenciales en la enfermería, debido a que se analiza, se sintetiza y se sistematiza conceptos sobre este fenómeno que tiene diversas acepciones. Del mismo modo, se enfoca en las diversas teorías sobre el desempeño laboral del profesional de enfermería, revisando investigaciones que contribuirán a entender mejor este fenómeno que servirán para mejorar nuestro conocimiento y entendimiento sobre estos elementos tan presentes en el ejercicio profesional. Si bien, se ha estudiado mucho sobre el desempeño laboral de los trabajadores, pero en el ámbito de la salud, el desempeño siempre ha estado sujeto parámetros dictados por los entes o autoridades reguladoras. Las enfermeras deben ser reflexivas y sistemáticas al identificar problemas mientras ocurren, abordar estos problemas con métodos científicos y encontrar soluciones. Asimismo, se soporta en teorías de la enfermería vinculadas con estas variables de estudio y que están representadas en las teóricas Florence Nightingale, también la teoría de Faye Glenn Abdellah nos dice enfermería es un arte y una ciencia que configura las actitudes y las capacidades intelectuales y Jean Watson que nos resalta el arte de cuidar al ser humano. Por tanto, este estudio busca identificar las competencias gerenciales en los líderes de Enfermería del hospital regional de Ica y cómo estas se relacionan con su desempeño laboral, a fin de poder abordar la problemática desde una posición científica.

1.4.2. Metodológica

Se justifica la investigación en el aspecto metodológico, ya que para el desarrollo se hace uso del método científico, bajo un enfoque cuantitativo no experimental y de nivel correlacional, usando instrumentos válidos y confiables. Por ello, científicamente la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y las prácticas del cuidado humanizado que tienen

los enfermeros líderes de una prestadora de salud permitirá compararlos con otros ya identificados y servirá como insumos para próximos estudios que deseen seguir aportando conocimientos respecto esta problemática actual. Esto nos permite responder al problema de estudio y crear herramientas confiables para futuras investigaciones científicas en enfermería. Para el profesional de enfermería es un aporte fundamental para mejorar la efectividad, eficiencia y seguridad de gestión y ejecución del cuidado del paciente. En la unidad de cuidados intensivos el objetivo es brindar un cuidado integral a las personas con condiciones críticas de salud teniendo un fundamento científico y atención holística.

1.4.3. Práctica

Se justifica en el aspecto practico, ya que será aplicado a una población de estudio aun no explorada, que urge de información y evidencia científica real que permita a la institución mejorar sus procesos de capacitación y de gestión del sistema de talento humano, Del mismo modo, servirá para elaborar estrategias, planes o programas de intervención dirigidas a mejorar o fortalecer las competencias gerenciales de los líderes enfermeros de cara a incrementar el desempeño laboral, los mismos que repercutirán en la entrega de un servicio eficiente con calidad y calidez. También permitirá a los profesionales que participan en el estudio mejorar su comprensión de un enfoque integrado de la atención basado en la interacción, que incluye los sentimientos, las opiniones y la comprensión de las necesidades de los pacientes en el contexto de la atención humanizada, así como la seguridad del paciente durante su permanencia en Unidad de cuidado intensivos.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La delimitación temporal de la investigación se delimita a los meses de febrero a julio

del año 2023.

1.5.2. Espacial

La delimitación espacial está centrada en el Hospital Regional de Ica específicamente en el área de cuidados intensivos.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población o unidad de análisis serán las y los enfermeros que trabajen en el hospital regional de Ica en el área de cuidado intensivos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes internacionales

Gil et al. (16), en España en el 2022 llevaron a cabo un estudio con el objetivo de “Valorar la percepción de seguridad del paciente en nuestra unidad al terminar la tercera ola de la pandemia de COVID-19”. El estudio fue observacional, transversal y descriptivo. Respondieron al cuestionario 62 profesionales, el 73,90% del total. Los resultados mostraron que el 91,2% de los participantes no informaron eventos adversos graves en el año anterior. Además, el 30,9% ha realizado recientemente formación en seguridad del paciente. Conclusiones: durante la pandemia disminuyeron las notificaciones de seguridad del paciente, aunque se mantuvieron los tipos mas frecuentes, como el impacto en el paciente tanto en hospitales como en atención primaria (16).

Cámpelo et al. (17) en Brasil en el 2021 llevaron a cabo un estudio con el objetivo de “analizar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de enfermería de cuidados intensivos”. En cuanto la metodología de estudio fue transversal realizado en Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital público. Las enfermeras utilizaron un cuestionario de Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente para recopilar datos. Se utilizó un nivel de significancia del 5% para cada prueba: Chi-Cuadrado de Pearson, Exacto de Fischer o Alfa de Cronbach. Como muestra final, el número de profesionales implicados ascendió a 163. Incluían una amplia gama de enfermeras con buenos resultados: el 47% dijo que la seguridad de sus pacientes era muy alta y el 63% no informó de ningún subregistro de incidentes por parte del personal. Conclusión: ninguna dimensión evaluada ha sido considerada un área fuerte; sin embargo, la mayoría se mostró como un área potencial para la cultura de seguridad del paciente (17).

Tercero (18), en Ecuador 2020, desarrollo la investigación cuyo objetivo fue: “Analizar el modelo del cuidado humano y su aplicación en pacientes con Covid-19 por parte del personal de enfermería que laboró en las unidades de la red pública integral de salud y complementaria durante el período Marzo a Julio del 2020”. El estudio consideró todos los aspectos del método de atención de Jean Watson, desde sus creencias filosóficas y métodos de atención hasta el entorno educativo que estableció para los pacientes. Fue cualitativo, retrospectivo, descriptivo y basado en la metodología de Demanziere y Dubar. Conclusión: los resultados del estudio incluyeron establecer que los pacientes continúan recibiendo una atención arraigada en valores humanistas y altruistas, se les inculca la fe y la esperanza, se les anima a ser empáticos con ellos mismos y con los demás, se prioriza la atención para ayudar y confiar, la importancia de la transpersonal se promueve la educación y el aprendizaje, se fomenta un entorno de apoyo, se fomentan las conexiones entre la mente, el cuerpo y el alma y se fomentan las relaciones paciente-enfermera. Estas conclusiones se hicieron después de que el modelo de atención de enfermería de Watson demostrara ser beneficioso en pacientes que presentaban síntomas de Covid-19 (18).

Silva, et al. (19), en Brasil en el 2019 llevaron a cabo un estudio con el objetivo de “Identificar la cultura de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos”. En cuanto a la parte metodológica fue un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, fue realizado con cinco médicos, cinco enfermeros y 24 técnicos de enfermería que actúan en las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales del Sur de Brasil: uno público y otro filantrópico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en septiembre y octubre de 2016 y se analizaron mediante análisis textual discursivo. Conclusión: que los profesionales reconocen la existencia de errores en la atención a la salud y atribuyen su ocurrencia a fallas individuales y provenientes del sistema organizacional, pero apoyan una cultura de seguridad no punitiva y fomentan el aprendizaje colectivo (19).

Soliz (20), en Bolivia en el 2020 realizo un estudio con el objetivo de determinar “los cuidados humanizados que brinda el personal de enfermería a los pacientes, en el Servicio de unidad de cuidados intermedios y medicina interna en el Hospital Municipal Bajío del Oriente”, durante los meses de octubre a diciembre de 2018. Este estudio transversal implicó el uso de un cuestionario como herramienta. Recolectó información sobre la edad, sexo y ocupación de 6 auxiliares de enfermería y 24 pacientes hospitalizados. Como parte del proceso de encuesta, se utilizó una encuesta descriptiva y cuantitativa. Las enfermeras creen que menos del 80% de los pacientes reciben una atención adecuada. El estudio también encontró que el 67% de la atención se brindó sin ninguna mejora a partir de prácticas humanizadas. Conclusión: Los enfermeros creían que las prácticas humanizadas a veces se hacían correctamente y con aproximadamente 6 a 10 años de experiencia laboral. La mayoría de los pacientes estuvo de acuerdo en que su atención era aceptable, pero una minoría significativa no estuvo de acuerdo (20).

Nacionales

Diaz (21), realizó un estudio con el “Describir el cuidado humanizado de enfermera en pacientes de la unidad de cuidados intensivos”. Se consideró una metodología de tipo descriptiva, se realizó una búsqueda activa en tres bases de datos: Scielo, Researchgate, Scencedirect y Springer, se eligieron estas bases de datos porque son muy utilizadas en el ámbito científico. También se incluyeron artículos publicados en revistas de enfermería especializadas, con lo que se recuperaron 20 artículos. Los resultados mostraron que existen problemas evidentes en la prestación de cuidados de enfermería humanizados adecuados por parte de las enfermeras, como la falta de preparación, de habilidades comunicativas y emocionales, de equipos adecuados y de buenas prácticas. Conclusión: que el personal de

enfermería se centra sólo en la parte biomédica, haciendo hincapié en la parte técnica y dejando de lado la parte sensible del paciente en la unidad de cuidados intensivos (21).

Mora (22), en el 2022 desarrollo la investigación cuyo objetivo fue: “Establecer la relación entre gestión del cuidado de enfermería y la seguridad del paciente en un hospital nacional, Lima 2022” El tipo de indagación utiliza métodos cuantitativos y un procedimiento hipotético deductivo según su nivel de detalle y relevancia y temporalidad lateral; utiliza un diseño no empírico. La muestra estuvo formada por 82 profesionales de enfermería de la profesión médica. Conclusión: mostró una interacción directa moderada significativa entre el liderazgo de enfermería y la estabilidad del paciente en un entorno hospitalario nacional de Lima 2022 (22).

Yaringano (23), en el 2019 desarrollo la investigación cuyo objetivo fue: “Determinar la Percepción del Familiar del Paciente Crítico respecto al Cuidado Humanizado que brinda la Enfermera en el Servicio de UTI – UCI del Hospital Central de la FAP” El análisis usará una averiguación un enfoque cuantitativo, detallado y transversal, ya que estos cambios requieren una cartografía estadística. Se incluyeron en el estudio los familiares de pacientes hospitalizados que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se recogieron mediante técnicas de encuesta y se utilizará un cuestionario de escala Likert modificado como herramienta para determinar las percepciones de los familiares, que consta de 22 ítems divididos en 4 grupos: biológico, sociocultural, espiritual y emocional. Conclusión: la percepción general del paciente respecto al cuidado que reciben de las enfermeras es medianamente favorable y por ende el uso y aplicación indebidos de la tecnología y adelantos científicos, así como el estrés de los trabajadores de salud ocasionan la sobrecarga de funciones y que el cuidado se vuelva rutinario (23).

Ordinola (24), en el 2021 busco “Determinar si existe relación entre la gestión de calidad del cuidado y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de un instituto nacional de Lima 2021.” Se trata de un estudio básico que utiliza métodos cuantitativos, un diseño correlacional no experimental, transversal y descriptivo. La muestra consistió en 50 enfermeras de la institución, que midieron ambas variables mediante cuestionarios. Los resultados mostraron un coeficiente de correlación de Spearman de $-0,338$, lo que indica una baja correlación negativa. Una implicación similar implica el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alternativa. Conclusión: que existe una asociación significativa entre la gestión de la calidad de enfermería y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Lima, Perú (24).

Cruz (25), en el 2020, llevo a cabo un estudio con el objetivo de establecer la relación entre la “Cultura de Seguridad y Registro de Eventos Adversos por el personal de enfermería”. La población incluyó a todas las enfermeras de las UCI de los hospitales mencionados que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados fueron los siguientes: el 25,0% del personal de enfermería informó de que los acontecimientos adversos estaban documentados, mientras que el 75,0% del personal consideraba que los acontecimientos adversos no se encontraban adecuadamente documentados. Conclusión: El registro y la frecuencia de los acontecimientos adversos, el aprendizaje organizativo para la mejora continua y el trabajo en equipo interdepartamental fueron estadísticamente significativos según la prueba de chi-cuadrado ($P < 0,05$) (25).

Villarreal (26), realizó un estudio con el objetivo de determinar “el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería durante la pandemia COVID-19 percibido por familiares de los pacientes en el Servicio de Cuidados Intensivos de una clínica privada Lima, 2022”; la investigación fue descriptiva y no experimental, así como de corte transversal.

También utilizó un cuestionario para medir las percepciones del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados. Se realizó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad del cuestionario. Se obtuvo un nivel de confiabilidad de $\alpha=0,984$, y la validez del cuestionario se probó mediante la prueba de VAiken =0,995. Conclusión: que los participantes encontraron que la atención de enfermería profesional era de alta calidad durante la pandemia (26).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Cultura de Seguridad del Paciente

2.2.1.1. Definición

La seguridad del paciente es define como una disciplina sanitaria que se desarrolló como resultado de la creciente complejidad de los sistemas de salud y por el incremento de los daños al paciente en su cuidado. Su objetivo se basa principalmente en prevenir y mitigar los riesgos, errores y daños que se producen a los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria (3).

Según Muiño et al. (27) la seguridad del paciente es esencial para la prestación de servicios de atención primaria de calidad. Hay consenso general en que una asistencia sanitaria de calidad debe ser eficiente, segura y centrada en el paciente. Además, los servicios sanitarios deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes para poder cosechar los beneficios de una asistencia sanitaria de calidad (27).

Por otro lado, Vicent y Amalberti indica que es evitar daños no intencionados o inesperados a las personas durante la prestación de atención médica. Apoyamos a los proveedores para minimizar los incidentes de seguridad del paciente e impulsar mejoras en la seguridad y la calidad. Los pacientes deben ser tratados en un ambiente seguro y protegidos de daños evitables (28).

En ese sentido Sarabia et al. (29) indica que es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, así como mediante el uso de las mejores prácticas que se ha demostrado que conducen a resultados óptimos para el paciente (29).

Seguridad del paciente: la OMS define la seguridad del paciente “como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención de la salud” (3).

La seguridad del paciente fue definida por el IOM como “la prevención de daños a los pacientes”. Hace hincapié en un sistema asistencial que evite los errores, aprenda de los que se producen y se base en una cultura de la seguridad que implique a los profesionales sanitarios, las organizaciones y los pacientes (30).

Las prácticas de seguridad del paciente se definen como "prácticas que reducen el riesgo de eventos adversos asociados con la exposición a la atención sanitaria para diferentes diagnósticos o condiciones." Esta definición es específica pero bastante incompleta, ya que la eficacia de muchas prácticas para prevenir o reducir los daños no está bien investigada (31). Las prácticas de seguridad del paciente se definen como "prácticas que reducen el riesgo de acontecimientos adversos asociados a la exposición a la asistencia sanitaria para diferentes diagnósticos o afecciones." Esta definición es específica pero incompleta porque la eficacia de muchas prácticas para prevenir o reducir los daños no ha sido bien investigada.

2.2.1.2. Dimensiones de seguridad del paciente

Trabajo en equipo: Las unidades hospitalarias cooperan y se coordinan entre sí para brindar la mejor atención a los pacientes. El trabajo en equipo se constituye como la unidad de cuidados intensivos que se refiere a los comportamientos de liderazgo, toma de decisiones,

comunicación y coordinación utilizados por los miembros del equipo multidisciplinario para brindar atención al paciente (32)

En el desempeño del equipo de la UCI está determinado no solo por la coordinación efectiva y el manejo de conflictos, sino también por las características organizacionales y ambientales exógenas a los procesos y protocolos del equipo (33).

Cuando los miembros de un equipo de enfermería trabajan bien juntos, logran el éxito de todo el equipo. El trabajo de enfermería puede ser un trabajo agotador que no siempre termina cuando se cumplen ocho horas. La mejor manera de promover un trabajo en equipo efectivo en el cuidado de la salud es comenzar a perfeccionar sus habilidades de comunicación (34).

Presión y ritmo del trabajo: Las actividades de enfermería son fundamentales para ofrecer unos cuidados de calidad, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, estas actividades son variables y dependen de una serie de factores como el entorno de trabajo, la gravedad de la enfermedad, la carga de trabajo, las competencias del personal, la rentabilidad y los resultados clínicos para los pacientes (35).

Las altas cargas de trabajo pueden tener consecuencias negativas para las enfermeras y los pacientes en las UCI. El aumento de la carga de trabajo de enfermería puede causar agotamiento y, por lo tanto, reducir el bienestar de las enfermeras. Además, puede llevar a menos tiempo para realizar tareas de cuidados en la UCI, lo que genera varios resultados negativos para los pacientes, incluido el aumento de los errores de medicación, las caídas de los pacientes, las infecciones nosocomiales y la mortalidad de los pacientes (36).

Hay personal suficiente para gestionar la carga de trabajo y los horarios son adecuados para ofrecer la mejor atención posible a los pacientes. La carga de trabajo incluye elementos

tanto físicos como mentales que se combinan y contribuyen al nivel de desempeño de un individuo en el entorno laboral. La carga de trabajo físico está determinada por habilidades físicas como el movimiento y manejo de pacientes y la administración de medicamentos. La carga de trabajo mental incluye recibir, comprender e interpretar información, tomar decisiones, concentrarse e interactuar con los pacientes y sus familias (37).

Aprendizaje organizativo - Mejorías continuas: Las enfermeras de la UCI supervisan a los pacientes, administran medicamentos, ayudan a los pacientes con necesidades básicas, registran la atención y responden a emergencias (38).

Las medidas de mejora de procesos están marcando la diferencia en la experiencia de los pacientes de la UCI. Las enfermeras de cuidados intensivos deben estar bien equipadas con la capacitación adecuada para manejar a los pacientes de manera más adecuada (39).

Los cuidados de enfermería brindados a los pacientes contribuyen mucho a la mejora o deterioro de la condición del paciente. Se requiere que las enfermeras de la UCI permanezcan completamente concentradas durante su turno y, por lo tanto, garanticen la seguridad del paciente. Dado que la naturaleza del trabajo en las UCI puede ser compleja y exigente, es posible que la enfermera se sienta fatigada con mayor frecuencia (40).

Respuesta a los errores: Las enfermeras y todos los demás profesionales de la salud cometen errores al brindar sus servicios de atención, independientemente del nivel de experiencia, conocimiento y precisión (41).

Los errores de enfermería pueden ocurrir en cualquier momento durante las actividades y los procedimientos de enfermería, y los resultados pueden ser sutiles o graves (42). Dichos errores son más comunes en las unidades de cuidados intensivos (UCI), debido a la naturaleza de alto riesgo de los pacientes y la complejidad de los cuidados que requieren; los pacientes en

estado crítico reciben medicamentos e intervenciones aproximadamente el doble de veces que los pacientes en otras unidades y, por lo tanto, están expuestos a una mayor oportunidad de error (43).

Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente: Los supervisores de enfermería tienen el papel esencial de supervisar el éxito de las misiones de la organización y la calidad de la atención brindada por las enfermeras del personal. Sus funciones incluyen, entre otras, la gestión de equipos de enfermeras, la coordinación de la formación del personal y la supervisión de la atención al paciente de las enfermeras (44).

Por lo tanto, estos líderes pueden afectar directamente cómo se sienten las enfermeras mental, física y emocionalmente, todo lo cual contribuye al agotamiento, las tasas de rotación y la satisfacción general del paciente (45).

Los grandes directores de enfermería hacen más que gestionar los esfuerzos organizativos, también escuchan, afirman, empoderan y motivan a su personal de enfermería. Las enfermeras dan mucho de sí mismas a su profesión, física, mental y emocionalmente, cuando se les proporciona el apoyo y los recursos adecuados, realmente pueden prosperar (46).

Comunicación acerca de errores: La notificación de errores es fundamental para la prevención de errores cotidianos, como una cultura no orientada hacia la seguridad y la presencia de condiciones de trabajo desfavorables para las enfermeras. Las experiencias negativas derivadas de la comunicación con varios individuos obligaban a veces a las enfermeras a pensar dos veces sobre su vocación; sin embargo, debido a un sentido de responsabilidad, se intenta entablar una comunicación terapéutica y superar las dificultades (47).

Comunicación y receptividad: La forma en que el personal de enfermería se comunica y atiende a los pacientes influye en el nivel de satisfacción de los pacientes e impacta notablemente en el resultado de la atención médica. El personal de enfermería puede hacer que los pacientes comprendan su enfermedad y tratamiento y, al ser el primer nivel de contacto, ganar la confianza de los pacientes y hacer que los pacientes se sientan como un segundo hogar. Esto eventualmente trae paz mental y crea un ambiente armonioso. Por lo tanto, aporta una buena salud física, social y mental al paciente, es decir, un enfoque holístico de la atención al paciente (47).

Información de eventos relacionados con la seguridad del paciente: Información proporcionada a los pacientes que han pasado por un evento adverso. La notificación y el manejo de los eventos adversos en enfermería es una medida importante para garantizar la calidad de la atención. La intención de informar describe el deseo o la voluntad de una enfermera de completar un informe de eventos adversos llenando los formularios de informe, informando al superior o discutiendo con colegas (48).

Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente: Información al personal que ha pasado por un evento adverso. Los administradores de hospitales apoyan en la capacitación profesional para las enfermeras que perciben grandes barreras para informar o tienen poca conciencia de informar sobre los eventos de la seguridad del paciente (49).

Transferencias e Intercambio de información: La información importante sobre el cuidado del paciente se transfiere entre las unidades del hospital y durante el cambio de turno. Los trasposos ineficaces pueden contribuir a las lagunas en la atención del paciente y las infracciones (es decir, las fallas) en la seguridad del paciente, incluidos los errores de medicación. Un trasposo depende en gran medida de las habilidades de comunicación interpersonal del cuidador, así como del nivel de conocimiento y experiencia del cuidador (50).

2.2.1.3. Teoría de enfermería sobre seguridad del paciente

La teoría ambiental de Florence Nightingale

La teoría ambiental de Florence Nightingale se basa en cinco puntos, que ella creía que eran esenciales para obtener un hogar saludable, como el agua y el aire limpios, el saneamiento básico, la limpieza y la luz, ya que creía que un ambiente saludable era fundamental para la curación. En su momento, informó que el ruido era nocivo y molestaba al descanso de las personas, por lo que se debía evitar la conversación de los cuidadores, así como la agitación, preguntas innecesarias. Por otro lado, Florencia recomendó alimentos nutritivos, camas y ropa de cama adecuada e higiene personal para las personas (51).

Tipología de Abdellah de 21 problemas de enfermería

Según la teoría de Faye Glenn Abdellah, “La enfermería es un arte y una ciencia que configura las actitudes y las capacidades intelectuales y técnicas de cada enfermero para ayudar a las personas, enfermas, a gestionar sus necesidades sanitarias.” (52).

El enfoque centrado en el paciente se deriva del enfoque de Abdellah y la teoría se considera una teoría de las necesidades humanas. Se concibió como una herramienta didáctica para enfermeros, por lo que resulta muy adecuada y útil en este ámbito. El modelo de enfermería está pensado para orientar los cuidados de enfermería en los hospitales, pero también puede utilizarse en los cuidados de enfermería.

2.2.1.2. Evento adversos y seguridad del paciente

Un evento adverso según la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) es “Cualquier lesión derivada de la atención médica. Algunos ejemplos son el neumotórax debido a la colocación de un catéter venoso central, la anafilaxia debida a la

penicilina, la infección de heridas postoperatorias y el delirio hospitalario en pacientes de edad avanzada. Cuando algo se clasifica como acontecimiento adverso, no significa que se trate de un error, un descuido o una mala calidad de la atención, sino simplemente que el mal resultado clínico se debe a algún aspecto del diagnóstico o el tratamiento y no a la enfermedad subyacente. Por ejemplo, ordenar un medicamento para un paciente con una alergia documentada a ese medicamento sería un acto de comisión, y no prescribir una dosis baja de heparina no fraccionada como profilaxis de tromboembolismo venoso para un paciente después de una cirugía de reemplazo de cadera sería un error de omisión. Los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores de comisión, pero probablemente representen un problema mayor” (53).

2.2.2. Práctica del Cuidado humanizado

2.2.2.1. Definición

Enfatizar la importancia de humanizar la atención es clave para crear un entorno de atención saludable dentro de un sistema de atención médica. Esto se debe a que los hospitales están llenos de una abrumadora sensación de emociones causadas por el sufrimiento y la angustia que experimentan el paciente y su familia (54).

La Organización Mundial de la Salud alienta a los profesionales de la salud a alcanzar un mayor nivel de desarrollo humano a través de la formación profesional. Este objetivo pretende promover la protección de los derechos de las personas a través de una atención personalizada combinada con un énfasis en "el espíritu esencial de la vida". La OMS también afirma que es necesario comunicar y apoyar a las personas para transformar la forma en que ven el mundo. El cuidado se considera un modelo que mejora gradualmente la calidad de los servicios al paciente mediante el uso de recursos tecnológicos. Este enfoque fomenta la reflexión sobre la mejor manera de incorporar estos servicios en las rutinas de enfermería.

Además, la gestión del cuidado requiere análisis, planificación, evaluación e implementación de nuevos procesos dentro de las rutinas de enfermería. Hacer esto permite la aceptación continua de nuevos comienzos en lo que respecta a la atención del paciente mediante el empleo de habilidades y tecnología de alta calidad. Finalmente, estos métodos ayudan a las enfermeras a mejorar la calidad de sus servicios al utilizar la información y los recursos del paciente, la familia y la sociedad (55).

La teoría de Jean Watson establece que el cuidado de enfermería necesita conectarse con el paciente y su familia para brindar un ambiente seguro y cómodo. También tiene la intención de proporcionar altos niveles de atención con habilidades y destrezas integrales (56).

El cuidado de enfermería es el arte de cuidar el acto más básico que realiza un ser humano. Se trata de cuidar a sus pacientes en un nivel filosófico y ético. El cuidado de enfermería implica defender principios humanísticos para satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida. Es importante señalar que esta atención no es solo asistencia física; implica establecer una fuerte relación terapéutica con su paciente. Las enfermeras todavía tratan a los pacientes de forma mecanizada, científica y objetiva. Al ignorar el aspecto humano de su trabajo, provocan alienación y daño en sus relaciones interpersonales. Cualquier atención brindada debe incluir la consideración de la humanidad del paciente. Por eso es necesario humanizar el cuidado a través del proceso educativo. Durante este proceso, las enfermeras deben desarrollar cualidades apropiadas que puedan aprenderse mientras estudian en la escuela (57).

2.2.2.2. Dimensiones del cuidado humanizado

Principios vitales: Principios fundamentales de comportamiento, pensamiento y conducta relativos a acciones, costumbres o instituciones que se consideran verdaderos o que tienen un valor intrínseco. El primer conjunto de exámenes clínicos es una evaluación de los

signos vitales del paciente. La clasificación de los pacientes en un departamento de atención inmediata/urgente o en un departamento de emergencias se basa en sus signos vitales, ya que le indica al médico el grado de trastorno que está ocurriendo desde la línea de base. Tradicionalmente, los signos vitales consisten en temperatura, frecuencia del pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria (58).

Seguridad: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección. La seguridad del paciente es evitar daños no intencionados o inesperados a las personas durante la prestación de atención médica. Apoyamos a los proveedores para minimizar los incidentes de seguridad del paciente e impulsar mejoras en la seguridad y la calidad. Los pacientes deben ser tratados en un ambiente seguro y protegidos de daños evitables (59)

Eliminación: Para la eliminación y eliminación de residuos del organismo. Es el proceso de eliminación de los residuos y el exceso de agua del organismo. Es un proceso esencial en todos los organismos vivos y una de las principales formas en que el cuerpo mantiene la homeostasis (60).

Rol/relaciones: Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran. La comunicación entre los profesionales sanitarios, ya sean enfermeras, médicos, especialistas o personal administrativo, es la base del cuidado, seguimiento, tratamiento y revisión (61).

El papel de la enfermera es apoyar a los pacientes y mejorar su salud y bienestar. Es esencial que las enfermeras desarrollen una relación con los pacientes para fomentar la confianza, la comodidad y el respeto mutuo. Cuando las enfermeras construyen esta relación para garantizar la honestidad y la transparencia, pueden obtener una comprensión integral de las necesidades de sus pacientes (62).

Nutrición: Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y repara los tejidos y producir energía. Las enfermeras tienen la experiencia y la responsabilidad de garantizar que se satisfagan las necesidades nutricionales de los pacientes y clientes (63).

Las enfermeras juegan roles igualmente importantes que complementan el rol del dietista para asegurar una nutrición adecuada para los pacientes. Las enfermeras a menudo desempeñan el papel de asesores de nutrición al proporcionar exámenes de nutrición y/o asesoramiento nutricional a los pacientes (64).

Actividad y Formas de afrontamiento: Convivir con los eventos/procesos vitales. El proceso de trabajo del personal de enfermería hospitalario está influenciado por la organización y desarrollo de actividades multiprofesionales y multidisciplinarias y ciertas peculiaridades que contribuyen a la carga de trabajo. Las estrategias de afrontamiento pueden ser individuales y colectivas, dependiendo del contexto organizacional y de los recursos psicológicos movilizados en las situaciones de trabajo y asumir diferentes formas manifestaciones conductuales, pudiendo variar entre grupos de empleados dentro de una misma organización (65).

Percepción/Cognición: Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. Los enfermeros perciben que tienen un papel activo en la promoción de la actividad física y la consideran importante y parte de su rol profesional. Una orientación clara, una mayor educación y una mayor conciencia de las pautas podrían permitir a las enfermeras traducir su papel percibido en la práctica diaria. Esto mejorará la realización profesional, así como la actividad física de los pacientes (66).

Confort: Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social. Las enfermeras son las que se supone que deben explicar a los pacientes cómo prepararse para el tratamiento y

asegurarse de que lo hagan durante su estadía en el hospital. Las enfermeras deben ayudarlos a lidiar con sus síntomas brindándoles apoyo emocional. Al satisfacer las necesidades fisiológicas y emocionales de sus pacientes, también mejoran el proceso de curación y ayudan a los pacientes a sentirse seguros y con más poder para manejar su propia recuperación (67).

2.2.2.3. Teorías sobre el cuidado humanizado

a) Jean Watson: Teoría del cuidado humano

Según Watson, el núcleo de la Teoría del cuidado es que “los seres humanos no pueden considerarse objetos separados de sí mismos, de los demás, de la naturaleza y del trabajo en general”. Sus teorías abarcan todo el campo de la enfermería, centrándose en los procesos interpersonales entre enfermeras y pacientes. Como enfermero, usted posee el conocimiento para brindar atención de enfermería profesional. Esto requiere que comprenda cómo actuar con compromiso ético, tratar a las personas con amabilidad y empatía, y trabajar de manera positiva hacia sus objetivos. Sin embargo, los pacientes a menudo encuentran que los servicios de salud son estresantes y fatigosos debido a la falta de recursos y la carga de trabajo excesiva (68).

Eriksson definió la palabra “carative” como amoroso y caritativo. Creía que el cuidado es la razón de todo cuidado, y su teoría del cuidado caritativo inspiró el trabajo de Watson y la creación de factores caritativos. La definición de cuidado de Eriksson influyó en el desarrollo de los 10 factores característicos de la empatía centrada en el amor de Watson, a los que llamó cariño. Los "Aspectos de cuidado de la atención" de Watson brindan apoyo y mejoran la experiencia de atención del paciente. El cuidado de enfermería involucra estos aspectos: cultivar la conciencia de caritas; amor propio y ecuanimidad; mundos de vida subjetivos internos del yo y del otro; prácticas espirituales y seres transpersonales; presencia auténtica; sostener la esperanza y el sistema de fe; honrar los mundos de vida subjetivos internos profundos de uno mismo y del otro (69).

b) Teoría del cuidado, la cura y el núcleo, también conocida como las " Tres C de Lydia Hall

La teoría de Lydia Hall define la enfermería como "un enfoque colaborativo de los aspectos enfermeros, básicos y terapéuticos de la atención al paciente, siendo el CUIDADO es función exclusiva de las enfermeras, mientras que el CORE y CURE son compartidos con el resto del equipo sanitario". El objetivo principal de la enfermería es crear relaciones humanas con las personas para su desarrollo fundamental. El modelo de Lydia Hall se considera sencillo y directo en su presentación. Sin embargo, la flexibilidad y capacidad de respuesta necesarias para utilizarlo y manejarlo pueden no ser tan fáciles para las enfermeras cuya personalidad, educación o experiencia no las haya preparado para la estructura mínima. Esto, y los requisitos obligatorios de edad y enfermedad, no son universales. Exigir una edad mínima de 16 años va en detrimento de la teoría, ya que las enfermeras se encuentran de vez en cuando con clientes pediátricos a los que no se puede ignorar (70).

2.2.4. Cuidado de enfermería

Son muchas las razones que requieren de una enfermera para atender la salud o recuperación de un paciente, o ayudarlo a morir en paz. Esto se debe a que es un uso artístico de la imaginación y la creatividad utilizando el conocimiento de múltiples disciplinas para brindar atención a las personas. Las enfermeras tienen un papel muy importante en la prestación de atención y apoyo a cualquier persona que las necesite. También es importante que atiendan las necesidades específicas de sus pacientes, que están relacionadas con su salud y bienestar. Además, los aspectos sociales y biológicos de la enfermería ganan importancia cada día. Esto se debe a que las enfermeras necesitan algo más que un título universitario; también necesitan años de experiencia para cumplir adecuadamente con sus funciones. Debido a los nuevos avances científicos y tecnológicos, los cambios socioeconómicos, los problemas de salud provocados por estos cambios y más condiciones ambientales, determinar soluciones a los

problemas bioéticos requiere una discusión profunda entre expertos de diferentes áreas del conocimiento (71).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos de un hospital regional de Ica, 2023.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ica 2023

2.3.2 Hipótesis Especificas

a. Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “trabajo en equipo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

b. existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “presión y ritmo de trabajo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

c. Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “aprendizaje- organizativo- mejoras continuas” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

d. Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “respuesta a los errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados.

e. Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

f. Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “comunicación acerca de errores” de la cultura de seguridad del paciente y las prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

g. Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “comunicación y receptividad” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

h. Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “información de eventos relacionados con la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

i. Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

j. Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “transferencia e intercambio de información” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.

3. METODOLOGIA

3.1. Método de la investigación

Se utilizarán el método hipotético deductivo descritos en la literatura, que son herramientas importantes para descubrir y mejorar nuestro conocimiento de la realidad. Cada método tiene su propia forma de abordar el objeto de investigación, lo que da lugar a diferentes clasificaciones. La sistematización de las fuentes bibliográficas permite identificar los métodos más utilizados y clasificarlos en función del objetivo de la investigación, lo que constituye un nuevo e importante aspecto de la metodología de investigación (72).

3.2. Enfoques de la investigación

“El estudio se realizará mediante el enfoque cuantitativo, este procedimiento es cuidadoso, metódico empírico a través a cuáles genera conocimiento”. Utiliza la recogida de datos para demostrar las hipótesis y la recopilación de mediciones numéricas y el análisis estadístico para crear modelos basados en los objetivos, las condiciones, las fuentes y los fenómenos estudiados (72).

3.3. Tipo de investigación

Los conocimientos de este estudio de investigación se construyen a partir de teorías y conceptos de estudios previos que permiten interpretar y entender en forma general los contextos de los fenómenos estudiados buscando dar solución práctica, por ellos es un estudio de investigación aplicada. (72)

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de este estudio será transversal, descriptivo y correlacional. Un diseño de estudio transversal se define como un diseño de estudio observacional e individual que mide una o más características o condiciones (variables) en puntos específicos del tiempo. La información de los estudios transversales se recoge en el presente, a veces basándose en las características, el comportamiento o las experiencias pasadas de un individuo (73).

3.5. Población, muestra y muestreo

Este estudio académico contará con la población finita cuya muestra censal por conveniencia estará constituida por todo el personal profesional de enfermería líder que tiene asignado una función de dirección en las diferentes unidades de servicio de cuidados intensivos del hospital regional de Ica.

A nivel del hospital regional de Ica tenemos a 50 de ellos que serán muestra censal, se elegirán cumpliendo con los criterios de selección (inclusión y exclusión).

Criterios de inclusión.

- Enfermeros /as líderes gestores que firmen el consentimiento informado.
- Enfermeros /as intensivistas que trabajan en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Ica.
- Enfermeros /as sin especialidad y trabajan en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Ica.
- Enfermeros /as en cargos administrativos del Hospital Regional de Ica

Criterios de exclusión

- Enfermeros /as especialistas que trabajan en otros servicios del hospital regional de Ica.
- Enfermeros /as que trabajan en otros servicios del hospital regional de Ica

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente.

Variable 2: prácticas del cuidado humanizado.

A continuación, se presentan la tabla de operacionalización de las variables.

Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Niveles o rango
V1: Cultura de seguridad del paciente	La seguridad del paciente es define como una disciplina sanitaria que se desarrolló como resultado de la creciente complejidad de los sistemas de salud y por el incremento de los daños al paciente en su cuidado (3).	La herramienta para medir las variables de cultura de seguridad del paciente será la versión española de la Encuesta de Seguridad del Paciente Hospitalario, versión 2.0, de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que consta de 10 secciones y 32 ítems relacionados (74). tiene una confiabilidad muy alta con un valor de coeficiente Alfa de Cronbach=0,79.	Trabajo en equipo.	Trabajo Eficiente Ayudo mutuo Comportamiento	Cualitativa ordinal	32 – 74 = Baja 75 – 117 = Regular 118 – 160 = Alta
			Presión y ritmo del trabajo.	Personal suficiente Tiempo de trabajo Ritmo de trabajo		
			Aprendizaje organizativo—Mejorías continuas.	Cambios de mejora Efectividad		
			Respuesta a los errores.	Incidentes Evaluación de los cambios de mejora Reporte de errores		
			Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente.	Sugerencias del personal Trabajo rápido Toma de decisiones		
			Comunicación acerca de errores	Informe de errores Corrección de errores. Informe de cambios sobre reporte de errores.		
			Comunicación y receptividad.	Comunicación, Escucha activa.		
			Información de eventos relacionados con la seguridad del paciente.	Identificación y corrección de errores Frecuencia de reporte de errores.		
			Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente.	Acciones de la administración Acciones del hospital.		
			Transferencias e Intercambio de información	Omisión de información importante Perdida de información Intercambio de información		

V2: Prácticas de cuidado humanizado	El cuidado de enfermería implica defender principios humanísticos para satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida (57).	El instrumento utilizado para medir las variables de Cuidado Humanizado de enfermería se utilizara el instrumento de Henao y Amaya, que recibe el nombre de Cei-Uci: Instrumento Para Evaluar El Cuidado De Enfermería Individualizado De Adultos En La Uci, publicado el 2014, por la revista colombiana Avances en Enfermería. Sus dimensiones son: Dimensión 1. Principios vitales (3) Seguridad/ Protección (9) Eliminación (5), Dimensión 2. Rol/ Relaciones (3) Dimensión 3. Autopercepción (4) Nutrición (7), Dimensión 4. Actividad (4) Afrontamiento/ Tolerancia al estrés (9), Dimensión 5. Confort (4), Dimensión 6. Percepción/ Cognición (5) tiene una confiabilidad muy alta con un valor de coeficiente Alfa de Cronbach=0,79	Principios vitales, Seguridad y Eliminación. Rol/relaciones Autopercepción y Nutrición. Actividad y Formas de afrontamiento. Percepción/Cognición. Confort.	Principios. Conducta. Ausencia de peligro. Producto de desecho del organismo. Conexiones positivas y negativas. Conciencia de sí mismo. Actividades de incorporación. Utilización de nutrientes. Procesos vitales. Respuestas de afrontamiento. Atención. Orientación. Cognición. Comunicación. Confort físico. Confort del entorno.	cualitativa ordinal	53 – 106= baja 107 – 159=regular 160 – 212= alta
--	---	--	--	---	----------------------------	--

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Con respecto a la técnica que se empleará para ambas variables, será la encuesta, en donde dicha técnica se utiliza frecuentemente como procedimiento de investigación, de modo que constituye al recojo y el procesamiento de los datos de manera rápida.

3.7.2. Descripción de los instrumentos

1. Instrumento para medir la valoración de la seguridad del paciente

La herramienta para medir las variables de cultura de seguridad del paciente será la versión española de la Encuesta de Seguridad del Paciente Hospitalario, versión 2.0, de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que consta de 10 secciones y 32 ítems relacionados (74).

Rango de valores	
General	Nivel
32 – 74	Baja
75 – 117	Regular
118 – 160	Alto

2. Instrumento para medir la valoración del cuidado humanizado.

El instrumento utilizado para medir las variables de Cuidado Humanizado de enfermería fue el cuestionario Likert validado por Henao Castaño, Á. M. y Amaya, MCDP; consta de 6 dimensiones, 53 ítems y cuatro opciones de respuesta en una escala de 1 a 4. Sus dimensiones son: Dimensión 1. Principios vitales (3) Seguridad/ Protección (9) Eliminación (5), Dimensión 2. Rol/ Relaciones (3) Dimensión 3. Autopercepción (4) Nutrición (7), Dimensión 4. Actividad

(4) Afrontamiento/ Tolerancia al estrés (9), Dimensión 5. Confort (4), Dimensión 6. Percepción/ Cognición (5) 2015-2017 (75).

3.7.3. Validación

Rango de valores	
General	Nivel
53 – 106	Baja
107 – 159	Regular
160 – 212	Alto

Instrumento de la variable 1:

Con respecto a la validación de la primera variable de estudio seguridad del paciente. EL instrumento fue validado por Medical errors workgroup of the quality interagency cordination task force en el año 2004. Este instrumento es la encuesta de auto aplicación anónima “Hospital Surveyon Patient Safety Culture” Versión 2.0 patrocinada por el Medical errors workgroup of the quality interagency coordination task forc (quic), es un instrumento de forma pública hospitalaria para la evaluación de la cultura desde la perspectiva del personal y de la plantilla, traducida al español por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia.

Instrumento de la variable 2:

En ese sentido la validez del Instrumento de la variable cuidado humanizado se tomará como referencia el instrumento de Henao y Amaya, que recibe el nombre de Cei-Uci: Instrumento Para Evaluar El Cuidado De Enfermería Individualizado De Adultos En La Uci, publicado el 2014, por la revista colombiana Avances en Enfermería.

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento de la variable 1:

La confiabilidad del instrumento “Hospital Surveyon Patient Safety Culture” Versión 2.0 patrocinada por el Medical errors workgroup of the quality interagency coordination task forc (quic) en donde se aplicó una prueba piloto de 25 hospitales y 4,35 empleado fue de 0.79.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Indicadores
Trabajo en equipo	0.76	A1,A8,A9
Presión y ritmo del trabajo	0.67	A2, A3,A5,A11
Aprendizaje organizativo— Mejorías continuas	0.76	A4,A12,A14
Respuesta a los errores	0.83	A16,A7,A10,A13
Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente	0.77	B1,B2,B3
Comunicación acerca de errores	0.89	C1,C2,C3
Comunicación y receptividad	0.83	C4,C5,C6,C7
Información de eventos relacionados con la seguridad del paciente	0.75	D1,D2
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	0.77	F1,F2,F3
Transferencias e Intercambio de información	0.72	F4,F5,F6

Instrumento de la variable 2:

Por otro lado, con respecto a la confiabilidad del instrumento CeI-Uci: Instrumento Para Evaluar El Cuidado De Enfermería Individualizado De Adultos En La Uci fue de 0.79. El

instrumento CEI-UCI posee 53 ítems y seis dimensiones con validez facial, aparente y consistencia interna.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Indicadores
Dimensión 1. Principios vitales (3) Seguridad/ Protección (9) Eliminación (5)	,867	17
Dimensión 2. Rol/ Relaciones (3)	,802	3
Dimensión 3. Autopercepción (4) Nutrición (7)	,772	11
Dimensión 4. Actividad (4) Afrontamiento/ Tolerancia al estrés (9)	,836	13
Dimensión 5. Confort (4)	,723	4
Dimensión 6. Percepción/ Cognición (5)	,769	5

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El estudio actual requiere la recopilación de datos mediante la validación de instrumentos existentes a través de la observación. Este proceso presentar una carta de presentación y solicitar autorización al hospital de Ica para realizar investigaciones en su unidad de cuidados intensivos. Además, se debe presentar el consentimiento informado con el objetivo específico de obtener la autorización para que las enfermeras evalúen la seguridad y el cuidado del paciente con métodos humanizados. A tal efecto, se facilitará un calendario para que la recogida

de datos se realice de forma ordenada y sin perturbar los servicios del hospital. Los datos recabados serán procesados a través de Microsoft Excel 2019 para su análisis mediante inferencias estadísticas y descripciones. Para determinar se realizará un análisis estadístico correlacional, para cuantificar la relación de las 2 variables de naturaleza cualitativa usando el coeficiente de correlación de los rangos de Sperman, usando el SPSS 5, por ello se evaluará el nivel de significancia y de acuerdo a la naturaleza de nuestros datos. En ese sentido la se hará uso de la estadística descriptiva en donde los datos serán presentando a través de tablas y gráficos de barras.

3.9. Aspectos Éticos

Antes de someter su investigación a consideración de la Universidad Norbert Wiener, los investigadores profesionales primero deben someterla a consideración y calificación al Comité de Ética Institucional, tomando en consideración los principios éticos siguientes:

- **Autonomía:** se respeta la decisión del paciente hospitalizado, que decide participar o no en la encuesta mediante un instrumento de encuesta.
- **Beneficencia:** el estudio representa un beneficio para el ejercicio profesional de enfermería, con finalidad mejorar los cuidados que afectan a los pacientes.
- **No maleficencia:** En nuestra investigación intentamos no perjudicar a nadie que participe en el trabajo de investigación.
- **Justicia:** El cuestionario se utilizará para los pacientes que aceptan participar en él sin discriminación.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades

N°	Ejecución de Acciones de Calendario 2023	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Entregable
1.	Identificación del problema	■						Proyecto aprobado
2.	Revisión de literatura científica		■	■				Manuscrito para la revisión
3.	Formulación, planteamiento de objetivos de la investigación			■	■			Informe de revisión
4.	Presentar propuesta de estudio al comité de ética.				■	■		Acta de aprobación
5.	Procesamiento del recojo de datos					■	■	Reporte mensual
6.	Diseñar mecanismo del análisis inferencial						■	Reporte estadístico
7.	Redactar el manuscrito de investigación.						■	Informe final
8.	Presentar la investigación						■	Aprobación final

4.2. Presupuesto

Materiales	Cantidad	Precio unitario (S/.)	Precio Total (S/.)	Precio global (S/.)
Materiales tecnológicos				2,105
Laptop	1	2000.00	2000.00	
Libros electrónicos	1	40.00	40.00	
Servicio de post pago de telefonía	1	65.00	65.00	
Suministros				
Internet	1	60.00	60.00	100
Luz	1	40.00	40.00	
TOTAL (S/.)				2,205.00

REFERENCIAS

1. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What Exactly Is Patient Safety? *J Med Regul* [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2022 Nov 10];95(1):13–24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>
2. Power N, Plummer NR, Baldwin J, James FR, and Laha S. Intensive care decision-making: Identifying the challenges and generating solutions to improve inter-specialty referrals to critical care. *J Intensive Care Soc* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2022 Nov 10];19(4):287. Available from: </pmc/articles/PMC6259089/>
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente: prioridad sanitaria. 72^o Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. OMS. 2019 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. OECD. Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2018-19 Data Collection [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 28]. Available from: [https://www.oecd.org/statistics/data-collection/Health Care Quality Indicators_guidelines.pdf](https://www.oecd.org/statistics/data-collection/Health-Care-Quality-Indicators_guidelines.pdf)
5. Mastrapa Y, Mastrapa Y, and Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 Dec 29 [cited 2022 Oct 28];32(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
6. Catalán-Ibars RM, Martín-Delgado MC, Puigoriol-Juventeny E, Zapater-Casanova E, Lopez-Alabern M, Lopera-Caballero JL, et al. Incidentes relacionados con la seguridad del paciente crítico durante los traslados intrahospitalarios. *Med Intensiva*. 2022 Jan 1;46(1):14–22.

7. Zárata-Grajales, Salcedo-Álvarez R, Olvera-Arreola S, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López M, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017 Oct [cited 2022 Oct 28];14(4):277–85. Available from: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/9>
8. NPIAP. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline [Internet]. World Stop Pressure Ulcer. 2022. Available from: https://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf
9. Blot S, Rupp E, Harbarth S, Asehnoune K, and Poulakou G. Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intens Crit Care Nur*. 2020;1(1):15.
10. Torres R, Marín L, and Gallego J. Cuidados de Enfermería en los Accesos Vasculares [Internet]. 2018. Available from: https://www.areasaludbadajoz.com/Calidad_y_Seguridad_2016/Cuidados_enfermeria_accesos_vasculares.pdf
11. Osti C, Khadka M, Wosti D, Gurung G, and Zhao Q. Knowledge and practice towards care and maintenance of peripheral intravenous cannula among nurses in Chitwan Medical College Teaching Hospital, Nepal. *Nurs Open* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Oct 30];6(3):1006–12. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.288>
12. Ministerio de salud. Rondas de seguridad [Internet]. 2020. Available from: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5979/T061_70398531

_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Tlili MA, Aouicha W, Sahli J, Ben Cheikh A, Mtiraoui A, Ajmi T, et al. Assessing patient safety culture in 15 intensive care units: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Oct 28];22(1):1–9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07665-4>
14. Santos O, Macías M, and Solórzano E. Fundamento pedagógico del cuidado humano en la práctica de enfermería. *Rev Digit postgrado* [Internet]. 2019;8(3):e183. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1094895/17081-144814486387-1-sm.pdf>
15. Cussó RA, Seda JM, and Gálvez AMP. The nurse-patient relationship: Historical, methodological and therapeutic identity in nursing cares. *Cult los Cuid*. 2019;23(55):78–84.
16. Gil-Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, Moyano-Hernández C, Sánchez-Morales P, Andrés-Martínez M, et al. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enfermería Intensiva*. 2022 Oct 1;33(4):185–96.
17. Campelo C, Nunes F, Silva L, and Guimarães L. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev da Esc Enferm*. 2021;55:1–8.
18. Tercero C, and Quenorán V. Human Care Model and its application to COVID-19 patients: Ecuador 2020. *Rev Ocronos*. 2021;4(3):80.
19. Silva C, Tomaschewski J, Pereira L, Devos E, Lopes T, and Da Silva B. Patient safety culture in Intensive Care Units. *Asian J Nurs Educ Res*. 2017;7(4):509.

20. Soliz S. Cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en el hospital bajío, octubre a diciembre de 2018. [Tesis de grado] Universidad Autónoma Juan Misael Saracho; 2021.
21. Diaz E. Cuidado humanizado de enfermera en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. [Tesis de Grado] Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9437>
22. Mora F. Gestión del cuidado de enfermería y seguridad del paciente en un hospital nacional, Lima 2022 [Internet]. [Tesis de grado] Universidad César Vallejo; 2022 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/96947>
23. Yaringano M. Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos - Cuidados Intermedios del Hospital FAP [Internet]. [Tesis de grado] Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/6571>
24. Ordinola M. Gestión de calidad del cuidado y cultura de seguridad del paciente en personal de enfermería de un Instituto Nacional Lima - 2021 [Internet]. [Tesis de grado] Universidad Cesar Vallejo; 2021. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/64827>
25. Cruz L. Cuidado humanizado por el profesional de enfermería durante la pandemia Covid-19 en el Servicio de Cuidados Intensivos de una clínica privada Lima, 2022 [Internet]. [Tesis de grado] Universidad San Agustín de Arequipa; 2020 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <http://190.119.145.154/bitstream/handle/20.500.12773/12978/SEcrbula.pdf?sequence=1>

&isAllowed=y

26. Villarreal D. Cuidado humanizado por el profesional de enfermería durante la pandemia Covid-19 en el Servicio de Cuidados Intensivos de una clínica privada Lima, 2022 [Internet]. [Tesis de grado] Universidad Peruana Unión; 2021 [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5768/Diana_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Muiño A, Jiménez A, Pinilla B, Durán M, Cabrera F, and Rodríguez M. Seguridad del paciente. *An Med Interna* [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 10];24(12):602–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Vincent C, and Amalberti R. Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura [Internet]. 1era ed. Modus Laborandi, editor. Madrid; 2015. Available from: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf
29. Sarabia O, Tovar W, and Ruelas E. Seguridad del paciente hospitalizado. PANAMERICANA - UNAM, editor. 2007. 119 p.
30. Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, and Erickson S. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Natl Acad Press [Internet]. 2004 [cited 2022 Oct 28];1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009854/>
31. Mitchell P. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency Healthc Res Qual [Internet]. 2008 [cited 2022 Oct 28];1. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

32. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, and Weingart LR. Teamwork in the Intensive Care Unit. *Am Psychol* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2022 Dec 11];73(4):468. Available from: </pmc/articles/PMC6662208/>
33. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *Am Psychol* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2022 Dec 11];73(4):433. Available from: </pmc/articles/PMC6361117/>
34. Babiker A, El Husseini M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr* [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 11];14(2):9. Available from: </pmc/articles/PMC4949805/>
35. Rhodes A, and Moreno RP. Intensive care provision: a global problem. *Rev Bras Ter intensiva* [Internet]. 2012 [cited 2022 Dec 11];24(4):322–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23917927/>
36. Nasirizad Moghadam K, Chehrzad MM, Reza Masouleh S, Maleki M, Mardani A, Atharyan S, et al. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? *Nurs Open*. 2021;8(4):1625–33.
37. Azadi M, Azimian J, Mafi M, and Rashvand F. Evaluation of Nurses' Workload in the Intensive Care Unit, Neonatal Intensive Care Unit and Coronary Care Unit: An Analytical Study. *J Clin Diagnostic Res*. 2020;15–7.
38. Wang H, Feng J, Shao L, Wei J, Wang X, Xu X, et al. Contingency management

- strategies of the Nursing Department in centralized rescue of patients with coronavirus disease 2019. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2020 Apr 4 [cited 2022 Aug 10];7(2):139. Available from: [/pmc/articles/PMC7129619/](#)
39. Basuni EM, and Bayoumi MM. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2022 Dec 11];7(2):335. Available from: [/pmc/articles/PMC4796447/](#)
40. Vatani J, Javadifar S, Rabori M, Khanikosarkhizi Z, Bardsirii T, Mazlouni E, et al. Training needs assessment of intensive care nurses in Zabol University of Medical Sciences' Hospitals. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Dec 11];10(1). Available from: [/pmc/articles/PMC8150074/](#)
41. Peyrovi H, Nikbakht Nasrabadi A, and Valiee S. Exploration of the barriers of reporting nursing errors in intensive care units: A qualitative study. *J Intensive Care Soc* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2022 Dec 11];17(3):215. Available from: [/pmc/articles/PMC5606520/](#)
42. Escrivá Gracia J, Brage Serrano R, and Fernández Garrido J. Medication errors and drug knowledge gaps among critical-care nurses: A mixed multi-method study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1–9.
43. Laher AE, Enyuma CO, Gerber L, Buchanan S, Adam A, and Richards GA. Medication Errors at a Tertiary Hospital Intensive Care Unit. *Cureus* [Internet]. 2021 Dec 13 [cited 2022 Dec 11];13(12). Available from: [/pmc/articles/PMC8752413/](#)
44. López-Ibort N, Cañete-Lairla MA, Gil-Lacruz AI, Gil-Lacruz M, and Antoñanzas-Lombarte T. The Quality of the Supervisor–Nurse Relationship and Its Influence on Nurses' Job Satisfaction. *Healthcare* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Dec 11];9(10). Available from: [/pmc/articles/PMC8544584/](#)

45. Nurmeksela A, Mikkonen S, Kinnunen J, and Kvist T. Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Dec 11];21(1). Available from: [/pmc/articles/PMC8017674/](#)
46. Hadi-Moghaddam M, Karimollahi M, and Aghamohammadi M. Nurses' trust in managers and its relationship with nurses' performance behaviors: a descriptive-correlational study. *BMC Nurs* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Dec 11];20(1). Available from: [/pmc/articles/PMC8314569/](#)
47. Noviyanti LW, Ahsan A, and Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public health Res* [Internet]. 2021 Apr 4 [cited 2022 Dec 11];10(2):2225. Available from: [/pmc/articles/PMC8129749/](#)
48. Vaismoradi M, Tella S, Logan PA, Khakurel J, and Vizcaya-Moreno F. Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Mar 2 [cited 2022 Dec 11];17(6). Available from: [/pmc/articles/PMC7142993/](#)
49. Lee SE, and Dahinten VS. The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *J Nurs Scholarsh an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Dec 11];52(5):544–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32573867/>
50. Raeisi A, Rarani MA, and Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Dec 11];8(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6796291/](#)
51. Thompson MR, and Schwartz Barcott D. The Concept of Exposure in Environmental

- Health for Nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2022 Nov 10];73(6):1315. Available from: [/pmc/articles/PMC5423851/](#)
52. Mudd A, Feo R, Conroy T, and Kitson A. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Nov 10];29(19–20):3652. Available from: [/pmc/articles/PMC7540068/](#)
53. Scott CM, Lubritz RR, and Graham GF. Adverse Events. *Dermatological Cryosurgery and Cryotherapy* [Internet]. 2022 Aug 9 [cited 2022 Oct 30];221–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/>
54. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, and Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*. 2019;12(5):461–74.
55. Meneses-La-Riva ME, Suyo-Vega JA, and Fernández-Bedoya VH. Humanized Care From the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Front Public Heal* [Internet]. 2021 Dec 3 [cited 2022 Oct 28]; 9:737506. Available from: [/pmc/articles/PMC8678081/](#)
56. Wei H, and Watson J. Healthcare interprofessional team members’ perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Dec 16];6(1):17. Available from: [/pmc/articles/PMC6608670/](#)
57. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, and Marzilli C. Nursing Administration: Watson’s Theory of Human Caring. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2022 Apr 7 [cited 2022 May 21];35(2):235–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35392719/>

58. Sapra A, Malik A, and Bhandari P. Vital Sign Assessment. StatPearls [Internet]. 2022 May 8 [cited 2022 Dec 11]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/>
59. Ahmadidarrehsima S, Salari N, Dastyar N, and Rafati F. Exploring the experiences of nurses caring for patients with COVID-19: a qualitative study in Iran. BMC Nurs [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Dec 11];21(1). Available from: </pmc/articles/PMC8758990/>
60. Pellatt GC. Clinical skills: bowel elimination and management of complications. Br J Nurs. 2007;16(6):351–5.
61. Witzak I, Rypicz Ł, Karniej P, Młynarska A, Kubiela G, and Uchmanowicz I. Rationing of Nursing Care and Patient Safety. Front Psychol [Internet]. 2021 Sep 9 [cited 2022 Dec 11];12. Available from: </pmc/articles/PMC8458807/>
62. Molina-mula J, and Gallo-estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2022 Dec 11];17(3). Available from: </pmc/articles/PMC7036952/>
63. Alemu W, Girma E, and Mulugeta T. Patient awareness and role in attaining healthcare quality: A qualitative, exploratory study. Int J Africa Nurs Sci. 2021 Jan 1;14:100278.
64. Xu X, Parker D, Ferguson C, and Hickman L. Where is the nurse in nutritional care? <http://dx.doi.org/10.1080/1037617820171370782> [Internet]. 2017 May 4 [cited 2022 Dec 11];53(3):267–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10376178.2017.1370782>

65. Worringer B, Genrich M, Müller A, Gündel H, and Angerer P. Hospital Medical and Nursing Managers' Perspective on the Mental Stressors of Employees. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2022 Dec 11];17(14):1–35. Available from: </pmc/articles/PMC7400443/>
66. van Hell-Cromwijk M, Metzethin SF, Schoonhoven L, Verstraten C, Kroeze W, and de Man van Ginkel JM. Nurses' perceptions of their role with respect to promoting physical activity in adult patients: a systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Dec 11];30(17–18):2540–62. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15747>
67. Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, and Martins JC. Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomed J*. 2017 Jan 1;2(1):6–12.
68. Aghaei MH, Vanaki Z, and Mohammadi E. Watson's human caring theory-based palliative care: A discussion paper. *Int J Cancer Manag*. 2020;13(6):1–6.
69. Pajnkihar M, Stiglic G, and Vrbnjak D. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ* [Internet]. 2017 [cited 2022 May 21];2017(2). Available from: </pmc/articles/PMC5299993/>
70. Perez R. Teoría de Lydia Hall aplicada en la atención al adulto mayor en Cuba. *Jorcienciapdcl*. 2022;6:25–30.
71. Toney-Butler TJ, and Thayer JM. *Nursing Process. Fundam Nurs Made Incred Easy! Second Ed* [Internet]. 2022 Apr 14 [cited 2022 Oct 28];4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

72. Hernandez R, Fernandez C, and Bautista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. Mexico: Mc Graw Grill; 2018. 634 p.
73. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, and Correa López LE. Cross-sectional studies. *Rev la Fac Med Humana*. 2021;21(1):164–70.
74. Hospital Survey. Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales. V.2.0 [Internet]. AHRQ. 2019 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-spanishform.pdf>
75. Henao Castaño, Á. M. y Amaya, MCDP (2015). CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la UCI. *Avances en enfermería*, 33 (1), 104–113. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.38310>

Anexos

Anexo1: Matriz de consistencia

Título: cultura de Seguridad del Paciente y prácticas del Cuidado Humanizado en Enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Ica.

Formulación de problema Problema general	Objetivos Objetivos específicos	Hipótesis Hipótesis específicas	Variables Variable y dimensiones	Tipo y diseño metodológico
<p>¿Cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ica, 2023?</p> <p>Problemas específicos ¿cuál es la relación entre la dimensión “trabajo en equipo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>¿cuál es la relación entre la dimensión “presión y ritmo de trabajo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>¿cuál es la relación entre la dimensión “aprendizaje-organizativo- mejoras continuas” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>¿cuál es la relación entre la dimensión “respuesta a los errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>¿cuál es la relación entre la dimensión “comunicación acerca de errores” de la cultura de seguridad del paciente y</p>	<p>Determinar cuál es la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos de un hospital regional de Ica, 2023.</p> <p>Objetivos específicos Identificar cuál es la relación entre la dimensión “trabajo en equipo” de la cultura de seguridad del paciente con las prácticas del cuidado humanizado en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Identificar cuál es la relación entre la dimensión “presión y ritmo de trabajo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Identificar cuál es la relación entre la dimensión “aprendizaje-organizativo- mejoras continuas” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Identificar cuál es la relación entre la dimensión “respuesta a los errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Identificar Cuál es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del</p>	<p>Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre la cultura de la seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos de un hospital regional de Ica, 2023.</p> <p>Hipótesis específicas Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “trabajo en equipo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “presión y ritmo de trabajo” de la cultura de seguridad del paciente y la práctica del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “aprendizaje-organizativo- mejoras continuas” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “respuesta a los errores” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>Variabes 1: Cultura de seguridad del paciente.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Trabajo en equipo. Presión y ritmo del trabajo. Aprendizaje organizativo— Mejorías continuas. Respuesta a los errores. Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente. Comunicación acerca de errores Comunicación y receptividad. Información de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente. Transferencias e Intercambio de información</p> <p>Variable 2: Prácticas de cuidado humanizado</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Principios vitales, Seguridad y Eliminación. Rol/relaciones Autopercepción y Nutrición.</p>	<p>Aplicada Cuantitativa Observacional Correlacional Transversal</p> <p>Población, muestra y muestreo: Población finita cuya muestra censal por conveniencia estará constituida por todo el personal profesional de enfermería Del hospital regional de ca de la unidad de cuidados intensivos: 50</p>

<p>las prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?</p>	<p>paciente” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>Actividad y Formas de afrontamiento. Percepción/Cognición. Confort.</p>
<p>¿cuál es la relación entre la dimensión “comunicación y receptividad” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos?</p>	<p>Identificar cuál es la relación entre la dimensión “comunicación acerca de errores” de la cultura de seguridad del paciente y las prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “comunicación acerca de errores” de la cultura de seguridad del paciente y las prácticas de cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	
<p>¿cuál es la relación entre la dimensión “información de eventos relacionados con la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?</p>	<p>Identificar cuál es la relación entre la dimensión “comunicación y receptividad” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “comunicación y receptividad” de la cultura de seguridad del paciente y prácticas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.</p>	
<p>¿cuál es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?</p>	<p>Identificar cual es la relación entre la dimensión “información de eventos relacionados con la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “información de eventos relacionados con la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	
<p>¿cuál es la relación entre la dimensión “transferencia e intercambio de información” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos?</p>	<p>Identificar cual es la relación entre la dimensión “apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	
	<p>Identificar cuál es la relación entre la dimensión “transferencia e intercambio de información” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos.</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre dimensión “transferencia e intercambio de información” de la cultura de seguridad del paciente y las practicas del cuidado humanizado en los enfermeros de la unidad de cuidado intensivos</p>	

Anexo 2. Instrumento de evaluación

Instrumentos de Valoración de la seguridad del paciente de enfermería en pacientes del servicio de cuidados intensivos del hospital regional de Ica. El objetivo del estudio de investigación es determinar la relación de la cultura de seguridad y prácticas del cuidado humanizado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital regional de Ica.

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla “No aplica o No sabe.”

- **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.
- Un **“evento de seguridad del paciente”** se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

Enfermería

- ✗1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)
- ✗2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)
- ✗3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería
- ✗4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)

Médico

- ✗5 Asistente médico
- ✗6 Residente, Interno
- ✗7 Médico

Otro cargo clínico

- ✗8 Dietista
- ✗9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico
- ✗10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- ✗11 Psicólogo
- ✗12 Terapeuta Respiratorio
- ✗13 Trabajador social

Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo

- ✗15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general
- ✗16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

Apoyo

- ✗17 Mantenimiento de instalaciones
- ✗18 Personal de alimentación
- ✗19 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- ✗20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- ✗21 Seguridad
- ✗22 Transporte
- ✗23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina

Otro

- ✗24 Otro, por favor, especifique:

- ✖14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

Su unidad/área de trabajo

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital?

Marque UNA respuesta.

Varias unidades, ninguna unidad específica

- ✖1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

Unidades

médicas/quirúrgicas

- ✖2 Unidad médica/quirúrgica combinada
- ✖3 Unidad médica (no quirúrgica)
- ✖4 Unidad quirúrgica

Unidades de cuidado de pacientes

- ✖5 Cardiología
- ✖6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve
- ✖7 Gastroenterología
- ✖8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)
- ✖9 Partos, Obstetricia y Ginecología
- ✖10 Oncología, Hematología
- ✖11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))
- ✖12 Psiquiatría, Salud conductual
- ✖13 Neumología
- ✖14 Rehabilitación/Medicina física
- ✖15 Telemetría

Servicios quirúrgicos

- ✖16 Anestesiología
- ✖17 Endoscopia, Colonoscopia
- ✖18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op

Servicios clínicos

- ✖19 Patología/Laboratorio
- ✖20 Farmacia
- ✖21 Radiología/Imágenes
- ✖22 Terapia respiratoria
- ✖23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta

Administración/Dirección

- ✖24 Administración, Dirección
- ✖25 Servicios financieros, Facturación
- ✖26 Recursos humanos, Capacitación
- ✖27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- ✖28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes

Servicios de apoyo

- ✖29 Admisiones/Registro
- ✖30 Personal de alimentación
- ✖31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones
- ✖32 Servicios de seguridad
- ✖33 Transporte

Otro

- ✖34 Otro, por favor, especifique:

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerd o ↓	En Desacuerd o ↓	Ni de acuerdo ni en desacuerd o ↓	De acuerdo ↓	Muy de acuerdo ↓	No aplica o no sabe ↓
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.....	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo ↓	En Desacuerd o ↓	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ↓	De acuerdo ↓	Muy de acuerdo ↓	No aplica o no sabe ↓
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9

SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

	Muy en desacuerdo ↓	En Desacuerd o ↓	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ↓	De acuerdo ↓	Muy de acuerdo ↓	No aplica o no sabe ↓
1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9
3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 9

SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ↓	Rara vez ↓	Algunas veces ↓	La mayoría del tiempo ↓	Siempre ↓	No aplica o no sabe ↓
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅	x ₉

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca ↓	Rara vez ↓	Algunas veces ↓	La mayoría del tiempo ↓	Siempre ↓
1. Cuando <u>se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅
2. Cuando un error afecta al paciente y <u>pudo haberle causado daño, pero no fue así</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?	x ₁	x ₂	x ₃	x ₄	x ₅

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- *a. Ninguno
- *b. 1 a 2
- *c. 3 a 5
- *d. 6 a 10
- *e. 11 o más

SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
▼	▼	▼	▼	▼
<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅

SECCIÓN F: Su hospital

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

Piense en su hospital:	Muy en desacuerdo ↓	En Desacuerd o ↓	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ↓	De acuerdo ↓	Muy de acuerdo ↓	No aplica o no sabe ↓
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅	<input checked="" type="checkbox"/> ₉
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅	<input checked="" type="checkbox"/> ₉
3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅	<input checked="" type="checkbox"/> ₉
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅	<input checked="" type="checkbox"/> ₉
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅	<input checked="" type="checkbox"/> ₉
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅	<input checked="" type="checkbox"/> ₉

la información clave sobre el cuidado del paciente

Preguntas generales

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?**
 - *a. Menos de 1 año
 - *b. De 1 a 5 años
 - *c. De 6 a 10 años
 - *d. 11 o más años

2. **En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?**
 - *a. Menos de 1 año
 - *b. De 1 a 5 años
 - *c. De 6 a 10 años
 - *d. 11 o más años

3. **Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?**
 - *a. Menos de 30 horas a la semana
 - *b. De 30 a 40 horas a la semana
 - *c. Más de 40 horas a la semana

4. **En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?**
 - *a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
 - *b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario.

Instrumento del cuidado humanizado

Instrumentos de Valoración del cuidado humanizado de enfermería en pacientes del servicio de cuidados intensivos del Hospital Regional de Ica. El objetivo del estudio de investigación es determinar seguridad del paciente se relaciona con el cuidado humanizado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital regional de Ica.

Dimensión	Intervención cuidado de enfermería individualizado	1	2	3	4
Dimensión 1: Principios vitales (3) Seguridad/Protección (9) Eliminación (5)	1. Brinda apoyo en la toma de decisiones de los pacientes y la familia				
	2. Brinda apoyo religioso				
	3. Escucha activa/Comunicación				
	4. Realiza prevención de caídas				
	5. Brinda Cuidado de la piel				
	6. Usa técnicas asépticas en los procedimientos de enfermería				
	7. Realiza curación de herida / estoma				
	8. Lleva a cabo una correcta administración de medicamentos				
	9. Realiza control de drenaje torácico/otros drenajes				
	10. Realiza aspiración de secreciones en la vía aérea				
	11. Lleva un control en la inmovilización				
	12. Regula la temperatura.				
	13. Control de drenajes (fístula-sng				
	14. Cambio de sonda según protocolo				
	15. Aseo genital/catéter urinario.				
	16. Fijación de sonda vesical.				
	17. alance de líquidos Administrados/eliminados.				
Dimensión 2. Rol/ Relaciones (3)	1. Grupo de apoyo: familia/espiritual/otros				
	2. Posibilidad de expresión de sentimientos.				
	3. Posibilidad de visitas				
Dimensión 3. Autopercepción (4) Nutrición (7)	1. Fortalecimiento de la autoestima				
	2. Fomento de la independencia				
	3. Posibilidad de participación familiar en el cuidado				
	4. Enseñanza procedimiento/tratamiento.				
	5. Vigilancia y valoración por nutrición.				

	6. Medición e infusión del residuo gástrico.				
	7. Limpieza del punto de inserción del catéter central.				
	8. Seguimiento de la tolerancia a la alimentación.				
	9. Limpieza del punto de inserción de la sonda gastrointestinal				
	10. Colocación de sonda orogástrica				
	11. Administración de medicación por sonda.				
Dimensión 4. Actividad (4) Afrontamiento/Tolerancia al estrés (9)	1. Colocación en posición semi-fowler.				
	2. Fomento del sueño.				
	3. Fomento de ejercicios pasivos				
	4. Control del dolor				
	5. Monitoreo respiratorio del paciente con ventilación mecánica				
	6. Monitoreo hemodinámico EKG-s vitales				
	7. Uso de sistemas de apoyo				
	8. Identificación de la ansiedad en el paciente				
	9. Realización de estrategias lúdicas, música, tv, escritura, etc.				
	10. Discusión de la experiencia emocional con el paciente				
	11. Administración de analgésicos				
	12. Aseo de boca y región peribucal				
	13. Realización del baño según valoración (condiciones del paciente)				
Dimensión 5. Confort (4)	1. Realización de actividades que promuevan la adaptación del entorno				
	2. Realización de cambios de posición				
	3. Mantenimiento de un ambiente de seguridad				
	4. Orientación en la realidad				
Dimensión 6. Percepción / cognición (5)	1. Estimulación cognitiva al paciente				
	2. Fomento de la comunicación clara y abierta				
	3. Vigilancia del estado cognitivo				
	4. Interpretación de la comunicación no verbal				
	5. Identificación de los factores etiológicos que causan delirium				