



**Universidad
Norbert Wiener
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

“Cultura de seguridad del paciente y actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Essalud, Callao - 2023”

**Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Presentado por:

Autor: Huayama Lopez, Alma Valeria Priscilla

Código ORCID: 0000-0002-1668-2582

Asesor: Mg. Fernandez Rengifo, Wherter Fernando

Código ORCID: 0000-0001-7845-9641

Línea de investigación: Salud y Bienestar

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	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **HUAYAMA LOPEZ ALMA VALERIA PRISCILLA** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "....." **“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ACTITUD HACIA EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD, CALLAO - 2023”**

Asesorado por el docente: Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo.
 DNI ... 05618139 ORCID... <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641> tiene un índice de similitud de (17) (diecisiete) % con código __oid:__ oid:14912:277733511 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 1 HUAYAMA LOPEZ ALMA VALERIA PRISCILLA Nombres y apellidos del Egresado DNI:46540754  Firma de autor 2 Nombres y apellidos del Egresado DNI:
--	---

Firma
 Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo
 DNI: 05618139

Lima, ... 16 ... de octubre de 2023 ...

Dedicatoria:

*A mi madre, Rosa Carolina, por su esfuerzo constante de luchar por sus hijos
y no rendirse.*

*A mi tía Fiorella por siempre motivarme a seguir mis sueños y a caminar en
la vida con integridad y amor.*

Agradecimiento:

A esa energía tan bonita que se mueve a través del universo y que me brinda la oportunidad de poder aportar un poquito de mi a su crecimiento.

A mi compañero de vida por brindarme su amor y el soporte para continuar.

Índice

Índice	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
1. EL PROBLEMA	1

1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitación de la investigación.....	7
1.5.1. Temporal.....	7
1.5.2. Espacial	7
1.5.3. Unidad de análisis	7
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.1.1. Antecedentes internacionales	8
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	10
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de la hipótesis	23
2.3.1. Hipótesis general	23

2.3.2. Hipótesis específicas	24
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Método de la investigación	26
3.2. Enfoque de la investigación	26
3.3. Tipo de investigación	26
3.4. Diseño de la investigación	26
3.5. Población y muestra	26
3.6. Variables y operacionalización	28
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7.1. Técnica	31
3.7.2. Descripción del instrumento	31
3.7.3. Validación	32
3.7.4. Confiabilidad	32
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	33
3.9. Aspectos éticos	34
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	35
4.1. Cronograma de actividades	35
4.2. Presupuesto	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	45
Anexo 1: Matriz de consistencia	46
Anexo 2: Instrumentos	49

Anexo 3: Consentimiento Informado	55
Anexo 4: Informe de originalidad	¡Error! Marcador no definido.

Resumen

Objetivo: Establecer de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente y actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros que laboran en la unidad de cuidados intensivos. **Materiales y métodos:** El estudio se presenta con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental con la participación de 60 profesionales de enfermería a quienes se les aplicará la técnica de la encuesta a partir del uso de dos cuestionarios. El primer instrumento de cultura de seguridad del paciente comprende 42

ítems. El segundo instrumento de la actitud hacia el registro de eventos adversos es una escala de Likert de la actitud hacia el reporte de eventos adversos que propone 20 ítems y consta de 3 dimensiones divididos en: componentes cognitivos, conductuales y afectivos. Los dos instrumentos se encuentran validados. Luego de la recolección de datos se procederá con el análisis estadístico descriptivo mediante tablas y gráficos, en el caso de la estadística inferencial, se aplicará el Rho de Spearman para comprobar las hipótesis.

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

Abstract

Objective: To establish how the culture of patient safety is related to the attitude towards of adverse events in nurses who work in the intensive care unit.

Materials and methods: The study is presented with a quantitative approach, of non-experimental design with the participation of 60 nursing professionals to whom the survey technique will be applied based on the use of two questionnaires. The first patient safety culture instrument comprises 42 items. The second instrument of attitude towards the

registration of adverse events is a Likert scale of attitude towards the reporting of adverse events that proposes 20 items and consists of 3 dimensions divided into: cognitive, behavioral and affective components. Both instruments are validated. After data collection, descriptive statistical analysis will be carried out using tables and graphs, in the case of inferential statistics, Spearman's Rho will be applied to test the hypotheses.

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

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para el año 2022, la seguridad de los usuarios en los servicios sanitarios ha cobrado valor como un factor fundamental en el fortalecimiento de los diferentes sistemas que proponen el área de salud, sin embargo los eventos adversos que se producen a causa de las atenciones realizadas por los profesionales de salud son factores identificados que diariamente aumentan la tasa de mortalidad en todos los países, a pesar de que se ha demostrado la disminución de su impacto e incidencia mediante acciones preventivas y de mitigación (1).

En dicha situación, la Organización Panamericana de la Salud señala que un promedio de 3 millones de personas muere anualmente debido a accidentes o eventos adversos prevenibles durante el servicio de salud, y que 1 de cada 4 sujetos que se encuentran hospitalizados atraviesan por incidentes anualmente en casi todos los países de mediano y bajo ingreso económico (2).

De igual manera, en el 2019, se menciona que a nivel global 1 de cada 10 pacientes es partícipe de un incidente o evento ocasionado como consecuencia de las atenciones brindadas en su estancia hospitalaria, enfatizando que el 50 % de dichos eventos adversos pueden ser evitables esto según la Organización Mundial de la Salud (3).

Adicional a ello, los eventos adversos que suceden son debido al incumplimiento de las normas para su prevención que afectan la seguridad de los usuarios de los servicios de salud dentro de los cuales se considera dentro de las 10 razones de fallecimiento y discapacidad a nivel mundial. Es así que para el año 2021, se han notificado más de 134 millones de eventos adversos que se producen a nivel mundial por deficiencias en la

cultura de seguridad dentro de los servicios de salud y que aproximadamente 3 millones de los mencionados eventos producen que el paciente fallezca (4).

En dicho contexto, las unidades de cuidados o terapia intensiva (UCI) son lugares que presentan un alta frecuencia en cuanto a los eventos adversos por el nivel de atención que se produce donde se requiere de decisiones rápidas e inclusive riesgosas para salvar la vida del paciente, en el mismo contexto Álvarez et al. (5), encontró incrementos en el evento adverso relacionado a la extubación accidental de una incidencia de 2.39 a 5.97 en UCI respiratorios en Brasil, Morales et al. (6), en Ecuador encontraron que aproximadamente el 40% de pacientes en UCI presentaron eventos adversos como flebitis, úlceras por presión. Parellada et al. (7), identificaron en una unidad de terapia intensiva de Cuba, una incidencia del 19.41% sobre los eventos hospitalarios adversos.

De la misma manera estudios de la seguridad del paciente como es el caso de Lomes et al. (8), en Brasil, que el nivel de seguridad de las enfermeras en un 44% fue regular, malo en un 5% y muy malo en un 5%. En el mismo contexto Viana, et al., en Brasil, encontró dentro del análisis de 262 informes que el 61% de eventos adversos se originaron por distracción del personal, con una atención deficiente, el 44% fue por errores en la medicación, y en un 17.56 por errores de prescripción, entre otros (9).

A nivel nacional Larico, Rosas y Mutler, encontraron que la seguridad del paciente presentó un nivel regular, lo que se asoció con problemáticas en el manejo de los turnos en el personal, que por un agotamiento por varias horas laborales provocan un deficiente en la capacidad física y mental del personal (10).

Asimismo, en Brasil, Lima et al. (11), encontró que el 38.7% de los profesionales de enfermería presentan una seguridad del paciente hospitalizado como regular. Lotici et

al., (12) en su estudio en UCI halló que el personal de salud presentó una percepción regular, mala y muy mala en un 33.3%, 2.8% y 11.4%.

En el contexto presentado, la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 realizó la conformación de un equipo en representación de todos los países del mundo en cuanto al desarrollo de la seguridad del usuario, con el objeto de minimizar los porcentajes identificados y proponer un conjunto de normativas orientadas a ello, como es el caso de la higiene de manos, identificar al paciente, realizar las cirugías seguras, entre otros (13).

Así, en 2020 se avanza con el desarrollo de encontrar soluciones para mitigar errores y eventos adversos que provocan daños a los pacientes, impulsando entornos y diversos sistemas de apoyo. Aunado a esto, en el marco de la pandemia, se ha propuesto promover temas de seguridad del paciente y aumentar la participación ciudadana (14).

Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud refirió que la calidad de la salud a través de políticas y normas sanitarias de la seguridad del usuario, garantizan y mejoran la calidad del servicio con una adecuada seguridad del paciente, siendo importante y básico en la atención sanitaria (15).

Con relación a lo anterior, en los servicios de cuidados críticos, se pueden evidenciar situaciones que involucran la cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos, donde los enfermeros mencionaron: “a veces por la sobrecarga laboral no se rotula correctamente los medicamentos que se administran”, “en muy pocas ocasiones se verifica el nombre del paciente antes de administrarle el tratamiento”, “en algunas ocasiones se han extubado pacientes a pesar de que han estado con contención mecánica”, “durante la movilización de pacientes se han desplazados dispositivos médicos como catéteres centrales”, “algunos no conocemos como se registra en el sistema los eventos adversos o incidentes”, “tengo miedo de reportar un incidente

por temor a que sea de carácter punitivo”, “ desconozco algún protocolo para manejo de medicamentos de alto riesgo”, “ a veces los médicos dan indicaciones verbales, sin embargo no se registra en la historia clínica”.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao - 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?
- b. ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión trabajo en equipo con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?
- c. ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión comunicación con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?
- d. ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?
- e. ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao – 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- b. Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión trabajo en equipo con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- c. Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión comunicación con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- d. Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- e. Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Se basa en la adquisición de nuevo conocimiento en relación a los conceptos relacionados como es el caso de la cultura de seguridad del paciente y el actuar en razón de los reportes de eventos adversos, lo que se fundamentará con la teoría y literatura, y con ello poder aportar en el conocimiento y las dudas respecto al tema.

Este trabajo se sustenta en la teórica Jean Watson, la cual plantea el proceso del cuidado como eje fundamental en el crecimiento de la enfermería respaldada por la filosofía y el aspecto terapéutico de la profesión. La seguridad es transversal y característico al cuidado, por tanto, la enfermera debe buscar los mecanismos para hacer que su cuidado este orientados a optimizar la salud y reducir los daños posibles brindando seguridad al paciente.

1.4.2. Metodológica

Esta indagación se fundamenta en el uso de instrumentos que cuentan con criterios de validez y confiabilidad aptos con el propósito de medir las variables de estudio de forma efectiva y segura. Adicional a ello, se considerará nuevos procesos de validez y confiabilidad por parte del autor con el propósito de reafirmar los criterios de eficacia y eficiencia de ambos instrumentos de medición.

1.4.3. Práctica

Esta pesquisa busca el análisis de la correlación entre las dos variables descritas teniendo como fin brindar un informe de la realidad actual de la cultura de seguridad del paciente y la actitud hacia el reporte de eventos adversos en las enfermeras, además de su relación, y según ello recomendar o sugerir acciones que beneficien a la enfermera y los

usuarios de la atención. Es decir, por medio de los resultados obtenidos, se sugiere a la institución evaluada realizar las gestiones que establezcan soluciones o mejoras en la debilidad identificada y fortalecer las acciones favorables encontradas.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal

Con relación a la duración del estudio, se propone un cronograma de actividades, el cual plantea ocho meses de desarrollo durante el año 2022 al 2023.

1.5.2. Espacial

Con respecto al lugar de desarrollo del estudio, se propone a la Unidad de Cuidados Intensivos ubicado en un hospital de EsSalud – Callao.

1.5.3. Unidad de análisis

Enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Flores et al. (16) en Chile 2021, propusieron una indagación con el objetivo de “determinar la asociación entre la cultura de seguridad, complejidad de pacientes e incidencia de eventos adversos asociados al cuidado de enfermería”. El estudio fue transversal, cuantitativo, analítico, de diseño ecológico, donde se midió la cultura de seguridad de 95 enfermeros de un hospital de alta complejidad; se evaluaron 869 reportes de eventos adversos; y la complejidad de los pacientes, se midió según el diagnóstico de los mismos. Se encontró que los servicios de mayor complejidad presentan mayor incidencia de eventos adversos y mayor cultura de seguridad, por lo cual concluyen esto se debe al mayor número de reportes y no a su mayor ocurrencia y que las instituciones de salud deben promover estrategias para mejorar la cultura de seguridad, así como los cuidados de enfermería y la calidad en salud.

Valencia et al. (17) En el 2021 en Colombia, buscaron “analizar la percepción de cultura de seguridad del paciente y el grado de seguridad percibidos en personal de un hospital de tercer nivel”. Estudio cuantitativo correlacional, con una muestra de 402 registros obtenidos de una base de datos, utilizaron como instrumento el cuestionario sobre cultura de seguridad. Los resultados muestran una mayor participación de las enfermeras y auxiliares de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, en el cual resaltan los componentes de aprendizaje organizacional con 81.5%, trabajo en equipo con 85.5%. concluyeron que la seguridad del paciente y el grado de percepción de seguridad guardan correlación en la medida en que las instituciones realizan acciones en diversos componentes entre ellos la notificación de eventos adversos.

Martínez (18), durante el 2021 en Colombia, buscó el poder “identificar aspectos que se asocian al desarrollo de eventos adversos causados por la administración de medicación en una población pediátrica hospitalizada”. En cuanto a su metodología, fue descriptiva y analítica, con una muestra de 160 historias clínicas donde se presentaron 224 eventos adversos, asociados a la medicación administrada, encontrándose que el 53.13% de casos presentó una hospitalización anterior, el 23.75% presentó una oscilación de 2 a 4 incidentes y el 62.5% experimentó un caso de flebitis de tipo químico, concluyendo que existe una alta incidencia de los eventos adversos en relación a la medicación.

Burlison, et al. (19), 2020 Estados Unidos, buscó “determinar el nivel asociativo que se desarrolla entre la seguridad del paciente y la incidencia de las notificaciones de eventos adversos”. Estudio descriptivo-transversal, donde se incluyeron a 223 412 pacientes, 7816 servicios y 967 hospitales. En cuanto a sus resultados, se encontró una correlación mayor a 0.5 entre los eventos identificados y la retroalimentación de los errores y las respuestas no punitivas de los errores, además del apoyo a la gestión y el trabajo en equipo. Se concluye que, a una mayor consecuencia causada por un evento adverso, la incidencia de la notificación voluntaria se incrementa.

Miller, et al. (20), en el 2019 en Estados Unidos, buscaron “identificar el nivel asociativo entre la cultura de seguridad y el registro de eventos adversos voluntarios en la práctica ambulatoria”. El estudio fue descriptivo observacional con una muestra de 828 pacientes con el uso de guía de observación, donde se evidencia la importancia de la cultura de seguridad del usuario en la notificación de eventos adversos en un ambiente ambulatorio.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bernal (21), en el 2020 Lambayeque, propuso una investigación para “Conocer el nivel asociativo que se desarrolla entre la cultura de seguridad y el registro de eventos adversos del personal de salud de un hospital de tercer nivel”. El estudio fue de tipo analítico, prospectiva, transversal, donde se aplicaron los instrumentos validados a 91 profesionales sanitarios, encontrándose un elevado porcentaje (90%) que contaba con un bajo y medio nivel de seguridad del paciente y en consecuencia se identificó un porcentaje similar (74%) en la ausencia de notificaciones acerca de los eventos mencionados, por lo que se evidencia que se presenta una asociación significativa entre las variables.

Gómez (22), en Lima en el 2020, realizó un estudio en el que buscó “determinar la asociación entre la cultura de seguridad y las barreras en la notificación de eventos adversos en los enfermeros del centro médico naval”. De diseño cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 209 enfermeros a quienes se les aplicó dos cuestionarios como instrumentos. Sus resultados mostraron una cultura de seguridad media con un 65,6%; en cuanto a las barreras de notificación el 86.1% consideración que es de nivel medio. por lo cual concluyó que existe una asociación significativa entre la cultura de seguridad y las barreras de notificación de eventos adversos.

Martínez (23), 2019. Lima, busco “conocer como el nivel de conocimiento sobre la seguridad de pacientes se relaciona con la prevención de eventos adversos” a través de una metodología cuantitativa, descriptiva con la participación de 78 profesionales de enfermería con el uso de cuestionarios, donde el nivel de conocimiento fue medio al igual que la prevención de eventos adversos, por lo que se concluyó el conocimiento se relaciona con la prevención de eventos adversos.

Cruz (24), en el 2019 en Arequipa, buscó “establecer la relación entre la cultura de seguridad y el registro de eventos adversos por el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de MINSA”. Estudio transversal, descriptivo correlacional, con una muestra conformada por la totalidad de las enfermeras que laboran en dicho servicio. Los resultados mostraron que el 75% de las enfermeras refieren que el registro de eventos adversos es adecuado, y el 25% que es inadecuado; con respecto a la cultura de seguridad las dimensiones de fortaleza fueron: la frecuencia de eventos notificados, la comunicación y la dotación de personal con un porcentaje de 75%, 75% y 25% respectivamente. Se concluyó que existe una relación estadística significativa entre el registro de eventos adversos y la frecuencia de eventos notificados, el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo entre servicios.

Mori (25), 2017 Lima, propuso “identificar en que forma la cultura de seguridad se asocia con la prevención de eventos adversos” con el uso de una metodología cuantitativa, con diseño observacional con la participación de 40 trabajadores de enfermería, mediante el uso de cuestionarios. Se halló un coeficiente de correlación igual a 0.827 entre las variables de estudio, concluyendo que entre los elementos de estudio el nivel correlacional es directo.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Seguridad del paciente

a. Definición de la seguridad del paciente

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a la seguridad del paciente como una de las disciplinas sanitarias que se originó como resultado del constante cambio del sistema sanitarios y el incremento de eventos o incidentes adversos asociados a las atenciones sanitarias, el cual tiene como objetivo fundamental, mitigar estos sucesos que

afectan el bienestar de los individuos, siendo procesos que identifican el riesgo y mejoran con el tiempo en un continuo aprendizaje (27).

De la misma manera, se considera que esta seguridad se encuentra asociada al conjunto de actitudes personales y creencias con las que cuenta los profesionales de la salud, las cuales se ven reflejadas en su quehacer diario donde asocian esos comportamientos al nivel de conocimientos relacionadas a la seguridad del usuario (28).

Asimismo, la seguridad del paciente se le conoce como el proceso consciente de prevenir riesgos en el paciente que se originan por el mismo servicio de salud, de tal manera que el paciente reciba una atención de salud teniendo en cuenta una buena comunicación, con una incidencia mínima de infecciones asociadas a la atención sanitaria, una cirugía segura, sin riesgo a caídas, úlceras por presión u otros eventos que puedan afectar su salud, y de esta manera puedan recuperar su estado de salud, siendo esencial el desarrollo de la calidad en salud y cualquier actividad clínica (29).

Otros autores señalan que la cultura de seguridad del paciente es un hecho no punitivo en donde hay un compromiso por parte del personal de las instituciones, con el fin de brindar una seguridad aplicando técnicas de calidad cumpliendo ciertos estándares, dentro de un ambiente confiable (30).

b. Seguridad del paciente en la actualidad

La OMS expuso que anualmente más 10 millones de pacientes son afectados y en ocasiones mueren debido a un evento asociado a la atención sanitaria en salud. A su vez informa que 1 de cada 10 personas que reciben una atención hospitalaria experimenta un tipo de daño o lesión que afecta su integridad, sin embargo, estos datos estadísticos son de aquellos países donde cuentan con un reporte de incidencia de eventos adversos de

origen en el servicio de salud, por lo que en países de bajos ingresos donde no se realizan estos reportes, las incidencias aún son desconocidas y preocupantes (31).

En dicho contexto, la situación problemática en el contexto de seguridad del paciente es preocupante en relación a sus diversos componentes como son el recurso humano, equipamiento e infraestructura, siendo un ejemplo, el uso de inyectables que se aplican a nivel mundial, lo cual asciende a 16 mil millones de inyecciones destinadas a la administración de tratamiento médico, de los cuales se ha reportado que casi el 50% son dispositivos reutilizados, y en países de bajos ingresos el porcentaje asciende al 70%. En dicha situación, se ha reportado que la inseguridad al utilizar estos dispositivos médicos genera casi un millón y medio de muertes e incrementa la frecuencia de patologías infectocontagiosas (32).

En el mismo contexto la OMS se reunieron y plantearon la Alianza Mundial para la seguridad del paciente con el fin de contrarrestar la problemática mencionada, enfatizando en el fomento de conductas, capacidades, habilidades y conceptos que favorezcan una atención sanitaria segura para el paciente y minimicen la mayor cantidad de eventos adversos a causa de las atenciones sanitarias (33).

El Perú como miembro de la alianza conformada por la OMS y evidenciando una problemática sanitaria asociada a la seguridad del usuario, determinó en el año 2006 las normativas de salud orientadas a la aplicación de acciones sanitarias a nivel de todas las categorías de atención en salud sobre la seguridad del paciente, enfatizando el descenso de eventos y lesiones generados por una atención en salud (34).

Recientemente por los eventos ocasionados por la pandemia es que la seguridad del paciente ha comenzado a tomar interés y ser prioridad dentro de las instituciones de salud.

c. **Teorías de la seguridad del paciente**

La teoría de error por Reason: refirió que la persona es un ser que puede equivocarse en sus acciones, es por ello que a pesar de que se busca prevenir el error este suele suceder, es por ello que los procesos deben estar rediseñados según las exigencias y a los fallos posibles, generando estrategias para poder controlar estos errores (35).

La teoría de identidad social: aquí la persona busca mejorar la autoestima identificándose como parte del grupo, es por ello que la organización debe realizar capacitaciones constantes al grupo para mejorar las redes de seguridad y la capacidad de respuesta frente a estos eventos adversos (36).

La teoría de la autocategorización: la persona se desarrolla dentro de grupos donde logra establecer su propia identidad. Siendo en el ámbito laboral necesario promover la seguridad en el trabajo, para evitar los sucesos negativos que puedan afectar su persona y su servicio siendo importante establecer la cultura de seguridad dentro de la organización (37).

La teoría del cuidado burocrático de Marilyn Anne Roy: El enfoque de Roy, se centró en la cultura organizacional con la intención de formular una teoría sobre la estructura dinámica del cuidado dentro de una institución compleja. La teoría destacó la importancia de las culturas en la configuración de las perspectivas de los individuos sobre la enfermería y el mundo en general. Plantea que el principio central de la enfermería es alcanzar la magnificencia en la prestación del cuidado navegando por las complejas relaciones culturales, instituciones y comunidades en las que opera. Así, el constructo primario de la enfermería es el cuidado y la mayor conciencia del mismo (38).

La teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson: La propuesta del proceso de cuidar como piedra angular de la profesión de enfermería enfatiza la importancia de cultivar una mayor conciencia de cuidar y fomentar una relación terapéutica fuerte y duradera entre la enfermera y el paciente. Este objetivo se logra mejor mediante la creación de un entorno benefactor y/o correctivo que tenga en cuenta las necesidades físicas, mentales, espirituales y socioculturales del paciente.

Dentro del marco de Watson, el entorno se separa en dos categorías: externo e interno, que están inextricablemente vinculados. Cada categoría contiene su propio conjunto de variables, como seguridad, comodidad y refugio en el entorno externo, y autorrealización y comunicación en el entorno interno. Estas variables dan lugar a las necesidades, que Watson define como las necesidades que requiere una persona para aliviar su sufrimiento, disminuir su dolor o aumentar su sensación de satisfacción y bienestar (39).

d. Dimensiones de a variable seguridad del paciente.

La seguridad del paciente ha propuesto una serie de clasificaciones, sin embargo, una de las propuestas más aceptadas debido a las especificaciones técnicas que sugiere en los procesos que abarca cada una de ellas es la definida por la agencia española, la cual plantea 5 dimensiones, descritas a continuación (40).

Dimensión Percepción global de la seguridad

Esta dimensión se enfoca en indicadores que lograr la notificación y percepción de seguridad en el grupo de pacientes y de la frecuencia de eventos adversos:

- ✓ **Frecuencia de eventos notificados:** Hace referencia a la notificación frecuente de eventos adversos por parte del personal sanitario,

es decir, es el registro que realizan los profesionales sanitarios cuando un evento o incidente adverso sucede a causa de una atención en salud (41).

- ✓ **Percepción de seguridad:** Hace referencia a la opinión que tiene el personal sobre la importancia de su actitud, comportamiento y habilidad en la prevención de eventos adversos (42).

Dimensión Trabajo en equipo

Comprende la cooperación en equipo que se desarrolla a nivel del servicio y el que se da entre los servicios hospitalarios.

- ✓ **Trabajo en equipo en la Unidad:** Hace referencia al trabajo coordinado y valorativo que desarrollan los profesionales de la salud dentro de un servicio o unidad hospitalaria en situaciones regulares o de alta demanda de pacientes.
- ✓ **Trabajo en equipo entre unidades:** Hace referencia a las coordinaciones, cooperaciones y comunicaciones que se realizan de manera conjunta entre diferentes servicios de atención con el objeto de brindar una atención holística al sujeto (43).

Dimensión Comunicación

La comunicación implica más que solo el intercambio de información; abarca la honestidad y la apertura en la que se transmite la información, así como la capacidad de proporcionar comentarios y discutir los errores.

- ✓ **Franqueza de la comunicación:** Señala la información real y actual que brindan el personal de salud y la gestión hospitalaria sobre los eventos adversos asociados a la atención sanitaria, su lugar, medidas tomadas y acciones preventivas propuestas.

✓ **Feed back y comunicación sobre errores:** Hace referencia a la disposición favorable de poder comunicar los peligros potenciales que puede generar la atención de los sanitarios en la salud de los usuarios, los cuales se identifican en los diferentes procesos de atención (44).

Dimensión Gestión y dirección

La dimensión que abarca la formación a nivel organizacional, así como la dotación de recursos humanos y el apoyo brindado por los altos ejecutivos, es un aspecto crucial por considerar.

- ✓ **Aprendizaje organizacional:** Hace referencia al proceso de aprendizaje que se da a partir de los eventos adversos producidos o identificados en la organización, y que concluyen en una notificación oportuna y el planteamiento de estrategias que favorezcan conductas y competencias que beneficien la seguridad del usuario.
- ✓ **Dotación de personal:** Hace referencia a la organización y disposición del recurso humano que tiene la institución en relación a la demanda de los usuarios y su grado de dependencia.
- ✓ **Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente:** Enfatiza la intervención de la gerencia para lograr un espacio laboral de seguridad (45).

Dimensión Supervisión

Esta dimensión abarca las perspectivas y actividades que desarrolla la dirección, las respuestas no punitivas de errores y los inconvenientes en los cambios de turno.

✓ **Expectativas y acciones de la dirección:** Hace referencia al involucramiento por parte de la gerencia en los diferentes procesos de mejora relacionados a la seguridad del usuario de los servicios de salud.

✓ **Respuesta no punitiva a los errores:** Hace referencia a la ausencia de notificación de los eventos adversos debido al temor de sanciones al profesional que las notifica (30).

✓ **Inconvenientes en cambios de turnos y transiciones entre servicios:** constituye el conjunto de información que se puede perder debido a la inadecuada comunicación entre profesionales sanitarios al momento de cambio de turno (31).

e. Seguridad del Paciente y su medición

La evaluación, se da con el propósito de medir el contexto en el que se realiza las atenciones a los sujetos, desde el punto de vista de indicadores que favorezcan la comunicación activa, la identificación correcta del paciente, la cirugía segura, la prevención de eventos adversos, la reducción de incidencia de las infecciones que se asocian con el servicio de salud, la disminución del riesgo a caídas, entre otras competencias que permitan brindar una atención adecuada, garantizada y con calidad (46).

De igual forma la medición de la cultura de seguridad en instituciones de salud, se ha incrementado en frecuencia y grupos profesionales, en razón que se han observado mejoras en sus procesos de sus servicios sanitarios, dado que la incidencia de reporte de eventos adversos es cada vez mayor (47).

Al respecto, se han planteado medir la seguridad con la que se atienden a los pacientes, siendo la propuesta española la versión más aceptada. Dicho instrumento se denomina AHRQ de sus siglas en inglés, consta de 42 ítems y se encuentra conformado

por 5 dimensiones, es un cuestionario tipo Likert donde sus alternativas múltiples van desde nunca o en desacuerdo hasta siempre o muy de acuerdo (48).

2.2.2. Actitud frente al Reporte de Eventos adversos

a. Definición de actitud

La definición de actitud del renombrado psicólogo Allport se ha convertido en un entendimiento clásico. Según él, la actitud es una disposición psicológica y nerviosa moldeada por las experiencias de un individuo. Esta disposición tiene un impacto significativo en el modo en el que el ser humano reacciona ante diversas situaciones y objetos (49).

Esta definición describe algunas de las características clave de la actitud, incluida su naturaleza abstracta como construcción o variable que no se puede observar directamente. También implica un aspecto organizativo, indicando una asociación entre elementos cognitivos, afectivos y conativos. La actitud posee una función motivacional, proporcionando impulso y dirección para la acción, aunque no debe confundirse con la acción misma. Además, la actitud influye tanto en la percepción como en el pensamiento y es algo que se aprende, perdura y posee un componente evaluativo de preferencia o aversión. Además, otros dos aspectos comúnmente integrados de los fenómenos actitudinales son el carácter definitorio de la identidad del ser humano y la accesibilidad de los juicios evaluativos, que se guardan en la memoria a largo plazo como resúmenes.

Definición de eventos adversos

La definición propuesta por el Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) es aquella que señala que todo evento adverso es un suceso que ocurre de forma inesperada o imprevista, la cual se reporta después de haber valorado

clínicamente al paciente y haber identificado la lesión o daño producido por una determinada causa asociada o no a una atención brindada por el personal sanitario y no por el diagnóstico médico u enfermedad por la que se encuentra hospitalizado (50).

De la misma manera, se entiende por evento adverso al conjunto de lesiones o complicaciones que fueron causadas de forma involuntaria a causa de una atención sanitaria y que puede generar un incremento de días de hospitalización, incremento de costos hospitalarios, discapacidad en algún sistema u órgano del paciente, y en ciertas ocasiones puede causar el deceso de la persona (51).

Por último, el Minsa refirió que el evento adverso es el daño, que no se espera y que se presenta en la salud del sujeto que recibe la atención, a causa de una mala práctica en salud relacionada a recurso humano, equipamiento o infraestructura (52).

b. Situación actual de los eventos adversos

Actualmente la incidencia de los eventos adversos representa una problemática mundial muy presente en el sistema de salud, no sólo por el alto porcentaje de eventos registrados o por el gasto económico adicional que representa para un país, no se pueden ignorar los efectos perjudiciales que esta situación tiene sobre la salud humana. A la luz de esto, la Organización Mundial de la Salud recomendó un conjunto de medidas que se enfocan en promover la seguridad del usuario y reducir la incidencia de eventos adversos relacionados con la atención médica. Estas medidas tienen como objetivo regular la situación y minimizar el impacto negativo que tiene sobre el bienestar de las personas (53).

En relación a ello, se menciona que esta problemática no es una situación que ha surgido en la actualidad, sino que ya ocurrían hace muchos años, sin embargo, en tiempos anteriores no se tomó la importancia correspondiente, y no fue hasta los años noventa que

se empezó a reportar dichos eventos, focalizándose principalmente en los hospitales. Antes esto la seguridad del paciente fue una temática que empezó a cobrar importancia en el sentido que era una estrategia integral que puede contrarrestar la problemática identificada, en razón que disminuye y previene los eventos adversos en salud, en base a conocimientos y habilidades que se pueden implementar oportunamente en las atenciones de los usuarios (54).

Dicho ello, en reportes presentados en investigaciones relacionadas a los eventos adversos, el 4% de pacientes presento daños por estos eventos dentro del sistema de salud, de los cuales el 70% presentó un daño temporal y el 14% de los afectados, fallecieron. En ese contexto, se reporta en Norte América una frecuencia promedio de 70 mil personas que fallecen a causa de un evento adverso, siendo un porcentaje que supera a muchas morbilidades e incluso a la mortalidad causada por accidentes automovilísticos.

En resumen, la incidencia de eventos adversos ocurren en los centros hospitalarios, debido a que en dicho lugar se produce una mayor cantidad de atenciones y procedimientos sanitarios, donde se puede evidenciar problemáticas relacionadas a una mala comunicación entre profesionales, situaciones de inadecuada administración de tratamiento debido a múltiples causas, caídas de pacientes, incremento de incidencia de úlceras por presión, entre otros eventos que dañan la salud del paciente e incrementan la tasa de morbilidad y mortalidad a nivel general (55).

c. Dimensiones de la variable actitud hacia el reporte de eventos adversos

Con relación a las dimensiones de la actitud hacia el reporte de eventos adversos, se han propuesto 3 componentes:

Componente Cognitivo: se conoce comúnmente como una categoría conceptual. Pertenece a los diversos objetos o eventos hacia los que un individuo tiene una actitud, y

esta categoría se define por la selección y codificación específicas de estos objetos, personas o eventos. Los indicadores de esta categoría incluyen las creencias, valores y conocimientos de un individuo.

Componente Afectivo: Engloba las emociones que surgen como respuesta a una situación social, que pueden estar a favor o en contra del conocimiento previo de dicha situación. Como seres humanos, buscamos naturalmente el placer y evitamos el dolor, lo que significa que las actitudes pueden caracterizarse por sentimientos positivos, agradables y favorables o sentimientos negativos, dolorosos y desfavorables. Los cuatro indicadores principales del componente afectivo son la sensibilidad, la apatía, el miedo y la ansiedad.

Componente Conductual: El componente de comportamiento se ocupa del comportamiento en sí mismo, la fuerza impulsora detrás de él. Esta fuerza es el producto de una interacción compleja entre los componentes cognitivo y afectivo, y cómo se manifiestan en las acciones realizadas. Los indicadores de este componente incluyen comodidad, responsabilidad, vocación, aceptación y rechazo, como se detalla en la fuente (56).

d. Medición de la variable actitud

Hay varios métodos disponibles para medir las actitudes, incluidos los autoinformes, la observación del comportamiento, las respuestas a los estímulos estructurados, el rendimiento objetivo y las respuestas funcionales. No obstante, el principal medio de medición son los autoinformes, con especial atención a las siguientes escalas:

La escala de Thurstone: es un instrumento comúnmente utilizado para medir la actitud. Por lo general, la escala se compone de aproximadamente 20 declaraciones que

tienen como objetivo representar con precisión una dimensión actitudinal dada en incrementos iguales.

La escala de Likert: es un tipo de herramienta de medición que difiere de la escala de Thurstone. A diferencia de ésta, que supone que hay un intervalo igual entre cada nivel de respuesta, la escala de Likert mide el grado de acuerdo o desacuerdo de un sujeto con una serie de proposiciones que cubren en su totalidad las actitudes. Por ejemplo, en una escala de 5 puntos, donde 1 representa "totalmente en desacuerdo" y 5 representa "totalmente de acuerdo". Estas escalas aceptan que cada afirmación de la escala es una aplicación lineal de la misma dimensión actitudinal, lo que significa que todos los ítems dentro de la escala deben estar asociados entre sí y que habrá una relación positiva entre cada ítem y la puntuación general de la escala. Como resultado, todos los puntajes de cada declaración se combinan para crear el puntaje total (57).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la actitud hacia el reporte de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao, 2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la actitud hacia el reporte de eventos adversos de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao, 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión trabajo en equipo con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión trabajo en equipo con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión comunicación con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión comunicación con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Hipótesis específica 4

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Hipótesis específica 5

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método propuesto por el estudio es el denominado método Hipotético - Deductivo, el cual parte de la formulación de un problema y se apoya de un conjunto de marco teórico para poder formular una hipótesis determinada, la cual será contrastada con la realidad y de esa manera se podrá validar (58).

3.2. Enfoque de la investigación

Es el cuantitativo debido a que la información obtenida se podrá cuantificar y así se conseguirá describir las variables en razón a lo encontrado (59).

3.3. Tipo de investigación

Es de tipo aplicada, en base al fundamento teórico preexistente utilizado para la formulación de la hipótesis de estudio, la cual será contrastada con la realidad y determinar finalmente en conclusiones relacionadas a la seguridad del paciente y la actitud hacia el reporte de eventos adversos (60).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño es no experimental de nivel descriptivo-correlacional con un corte transversal, porque no se realiza la manipulación intencionada de los elementos en investigación, lo que se busca es medir la asociación entre ellos esto en un lugar y tiempo definido (61).

3.5. Población y muestra

Población.

En este caso será conformada por 60 enfermeras de UCI en un hospital perteneciente al Essalud del Callao.

Muestra.

Se trabajará con una muestra conformada por 60 enfermeras de UCI en un hospital perteneciente a Essalud del Callao, es decir toda la población por ser una cantidad pequeña.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Trabajadores de enfermería contratados de UCI en un hospital perteneciente a Essalud del Callao, que participen voluntariamente.

Criterios de exclusión

- Licenciados en Enfermería con licencia.

3.6. Variables y operacionalización

Operacionalización de la variable: Cultura de seguridad del paciente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala valorativa		
Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros	Es el conjunto de caracteres en relación con la actitud, conducta, conocimiento y cultura, con los que cuentan los enfermeros con el objeto de brindar un cuidado holístico de forma segura, oportuna y con calidad, de tal manera que prevenga los riesgos y posibles a lo largo de la estancia hospitalaria del paciente (30).	Es el conjunto de actividades y procedimientos que desarrolla el licenciado en enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de EsSalud, con el objetivo de brindar un cuidado enfermero seguro, oportuno y con calidad con la mínima presencia de riesgos, y se medirá por medio de un cuestionario Likert, y será calificado mediante los indicadores bueno, regular y malo.	Percepción global de la seguridad	Frecuencia de eventos adversos notificados	Informar errores que pueden o no dañar a los pacientes.	Ordinal:		
			Trabajo en equipo	Percepción de seguridad	Trabajo en la unidad / servicio	Priorizar la seguridad del paciente y la efectividad del programa. Apoyo, respeto y solidaridad de los empleados	Nunca (1) Rara vez (2) Algunas veces (3)	Bueno: Puntuación 154 a 210
			Comunicación	Trabajo en unidades / servicios	Situaciones de Demanda Normal y Excesiva	La mayoría de tiempo (4)	Regular: Puntuación 98 a 153	
			Gestión y dirección	Franqueza en la comunicación	Cooperación, coordinación y gusto de trabajo entre regiones/servicios/unidades.	Siempre (5)	Malo: Puntuación 42 a 97	
				Feed back y comunicación sobre los errores	La gerencia informa sobre los errores que ocurrieron, los cambios realizados y las formas de prevenir errores.			
				Aprendizaje organizacional / mejora continua	Siéntase libre de discutir los riesgos para los pacientes, cuestionar las decisiones y preguntar qué le parece mal.			
				Dotación de personal	Aprendiendo de los errores, implementación de acciones			

		para mejorar la seguridad y su evaluación.
	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Disponibilidad y organización del personal.
Supervisión	Respuesta no punitiva a los errores	El interés y la capacidad de respuesta de la gerencia para priorizar y crear un ambiente de trabajo seguro.
	Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	Uso negativo de la información sobre
	Expectativas y acciones de la dirección / supervisión / servicios para favorecer la seguridad	Errores y miedo a las represalias

Operacionalización de la variable: Actitud hacia el registro de eventos adversos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala valorativa
Actitud hacia el reporte de eventos adversos	Es un estado de disposición mental y nerviosa influenciada por la experiencia que ejerce un efecto dinámico en las respuestas humanas a diferentes objetos y situaciones (49).	La variable actitud será evaluada a través de la escala de Likert donde el profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de EsSalud manifiesta su grado de acuerdo o desacuerdo con una lista de proposiciones.	Componente cognitivo	Creencias Conocimientos Valores	Ordinal	Actitud:
		Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de EsSalud manifiesta su grado de acuerdo o desacuerdo con una lista de proposiciones.	Componente conductual	Sensibilidad Apatía Temor Ansiedad		Positivo: puntuación 74 a 100
		Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de EsSalud manifiesta su grado de acuerdo o desacuerdo con una lista de proposiciones.	Componente afectivo	Comodidad Responsabilidad Vocación Aceptación		Indiferente: Puntuación 47 a 73 Negativo: Puntuación 20 a 46

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizará para recopilar los datos será la encuesta.

3.7.2. Descripción del instrumento

Cuestionario de cultura de seguridad del paciente

En relación al cuestionario que mide la cultura de seguridad del paciente, será la versión española adaptada y validada en Perú por Nuñez (61), la cual consta de 42 ítems, divididas en 5 dimensiones:

1. Percepción global de la seguridad: Abarca los Ítems 10, 15, 17, 18, 40, 41 y 42.
2. Trabajo en equipo: Abarca los Ítems 1, 3, 4, 11, 24, 26, 28 y 32.
3. Comunicación: Abarca los Ítem 34, 35, 36, 37, 38 y 39.
4. Gestión y Dirección: Abarca los Ítems 2, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 23, 30 y 31.
5. Supervisión: Abarca los Ítems 8, 12, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 29 y 33.

Los mencionados ítems se encuentran categorizados según escala Likert con opciones múltiples desde nunca hasta siempre.

Cuestionario de actitud hacia el registro de eventos adversos

En cuanto al cuestionario que mide la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos, será el creado y validado por Guevara y Villalobos (62). La cual consta de 20 ítems, divididas en 3 dimensiones:

1. Componentes cognitivos: abarca los ítems: 1,2,3,4,5.
2. Componentes afectivos: 14, 15, 16, 17, 19, 20.
3. Componentes conductuales: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18.

Estos ítems se encuentran en forma de afirmaciones según escala de Likert para medir la reacción del sujeto en 5 categorías: Totalmente de acuerdo (TA= 5), De acuerdo (A=4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA/ND=3), En desacuerdo (D=2), Totalmente en desacuerdo (TD=1).

3.7.3. Validación

Instrumento 1: Cuestionario de la cultura de seguridad del paciente

El instrumento de la cultura de seguridad del paciente será la versión española adaptada y validada en Perú por Núñez (61) 2018, donde se reporta su validez igual a 67.2% como resultado del análisis factorial.

Instrumento 2: Cuestionario de actitud hacia el registro de eventos adversos

Referente al instrumento que medirá la actitud hacia el reporte de eventos adversos, será el creado por Guevara y Villalobos (62) en Chiclayo en el 2018, validado por juicio de 4 expertos, los cuales fueron: 01 Dra. En Ciencias de la Salud, 01 Dra. En Gestión Educativa, 01 Mg. Con mención en Docencia Universitaria y especialidad en Cuidados Críticos y 01 Mg. En Gestión educativa.

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1: Cuestionario de la cultura de seguridad del paciente

El instrumento que se utilizará presenta una confiabilidad igual a 0.98 como resultado del coeficiente de alfa de Cronbach, el cual fue calculado y aplicado por Núñez (61) a un piloto de 20 personas.

Instrumento 2: Cuestionario de actitud hacia el registro de eventos adversos

El instrumento creado por Guevara y Villalobos (62) en el 2018, posee una prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.806, dichas autoras realizaron una prueba piloto aplicada a 10 enfermeras en una unidad crítica.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

En relación a las coordinaciones preliminares para la aplicación de los instrumentos, se iniciará en coordinación con el director de un hospital de ESSALUD - Callao, con el propósito de conseguir la respectiva autorización. Además, se coordinará con la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital para las entrevistas con la población de estudio y la ejecución del estudio.

Se recolectará los datos mediante la encuesta, en horario laboral y bajo un tiempo promedio de 20 minutos, explicando previamente el objeto de estudio, la firma del consentimiento y el correcto llenado del instrumento, para finalizar revisar el completo llenado de los instrumentos con el propósito de evitar sesgos.

Al finalizar la recopilación de datos, se organizarán en una base de datos para luego procesarlos y plasmarlos en tablas y gráficos, según corresponda, de tal manera que se haga un comparativo con los antecedentes y la literatura.

En relación al análisis, las estadísticas descriptivas se realizarán a nivel de promedios y porcentajes según variables, dimensiones y niveles, utilizando para ello la base de datos.

Se aplicará estadística inferencial para evaluar pruebas de normalidad, pruebas de hipótesis y correlaciones de variables a través del programa SPSS versión 25, donde

la prueba estadística denominada prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y el coeficiente de correlación estarán utilizando la correlación de Spearman.

3.9. Aspectos éticos

La ética es una de las bases que todo estudio de investigación debe aplicar y tener presente en todas sus etapas:

Autonomía: El presente principio se desarrollará en el instante que se presenta el consentimiento informado y los que desean participar lo firman.

No maleficencia: El presente principio se desarrollará durante todo el proceso de investigación, porque el propósito es aportar en el conocimiento no perjudicar ni a la muestra ni a la institución en donde se aplicarán los cuestionarios.

Confidencialidad: El presente principio se desarrollará en el mantenimiento de la privacidad de los datos de todos los participantes, siendo instrumentos anónimos y resultados compartidos sólo con personal responsable de la institución donde se aplica la investigación.

Beneficencia: El presente principio se desarrollará en los momentos que se mencionen y señalen la importancia del estudio para los participantes, es decir, antes, durante y después de la aplicación de los instrumentos.

Justicia: El presente principio se desarrollará al momento de seleccionar a los participantes, el cual se realizará sin discriminar a alguno de ellos, considerando y respetando a todos ellos.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	MESES											
	MAYO 2022	JUNIO 2022	JULIO 2022	AGOSTO 2022	SEPTIEMBRE 2022	OCTUBRE 2022	NOVIEMBRE 2022	DICIEMBRE 2022	MAYO 2023	JUNIO 2023	JULIO 2023	AGOSTO 2023
Filosofía de la investigación	X											
Planteamiento del problema	X	X										
Formulación del problema	X	X										
Razón de Fondo		X	X									
Formulación de objetivos			X	X								
Marco teórico			X	X	X	X	X					
Operacionalización de variables					X	X	X					
Hipótesis de búsqueda					X							
Métodos de búsqueda					X							
Población, muestra, muestreo					X							
Técnicas de Adquisición de Datos					X	X						
Instrumentación de Plan de procesamiento y análisis de datos						X	X					
Aspectos éticos							X					
Preparar informe final								X	X			
Revisión y corrección de proyectos de investigación.								X	X	X		
Sustentación del proyecto												X

4.2. Presupuesto

MATERIALES	2022				TOTAL
	MAYO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBR E	S/.
MATERIALES DE ESCRITORIO Y EQUIPOS					
LAPTOP	1350				1350
USB	40		40		80
LAPICEROS	5	5	5	5	20
HOJAS BOND A4	25	25	25	25	100
LIBROS	135	135	130		400
FOTOCOPIAS	10	10	10	10	40
IMPRESIONES	50	50	50	50	200
ESPIRALADO	25		25		50
OTROS					
MOVILIDAD	25	25	25	25	100
LLAMADAS	75	75	75	75	300
RECURSOS HUMANOS					
DIGITADOR	160				160
IMPREVISTOS*	150		150		300
TOTAL					3100

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019 [Citado el 10 junio 2022] Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15214:delegations-adopted-resolutions-on-patient-safety-emergency-and-trauma-care-water-and-sanitation-and-on-the-icd-11&Itemid=1926&lang=es.
2. OMS. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. [Online].; 2019 [Citado el 10 junio 2022] Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329285/A72_R6-sp.pdf.
3. OMS. 10 Datos sobre seguridad del paciente. [Online].; 2019 [Citado el 23 junio 2022] Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
4. OMS. Día mundial de la seguridad del paciente. [Online].; 2019 [Citado el 23 junio 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2019>.
5. Alvarez MP. Eventos adversos en una nueva unidad de cuidados intensivos. Influencia del diseño y la tecnología de las instalaciones en las tasas de incidencia. *Revista Gaceta médica de México*. 2019; 155(6).
6. Morales CM, Ulloa MC, Rodríguez DJ, Parcon BM. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. *Revista Archivo Médico de Camaguey*. 2019; 23(6).
7. Parellada BJ. Eventos adversos en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. 2018; 17(3).
8. Lopes CC, Oliveira NF, Carvalho SL, Ferreira GL. Cultura de seguridad del paciente entre profesionales de enfermería en el ámbito de los cuidados intensivos. *Revista Da Escola de Enfermagem*. 2021; 55.

9. Viana DA, Antunes DF, DeOliveira LG, Nóbrega ET, Cortez DB, Medeiros DR. Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital. *Revista Enfermería Global*. 2019;(55).
10. Larico PY, Rosas IM, Mutler CK. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina*. 2021; 15(2).
11. Lima DP, Teles DM, Lima DR, Viera DB, Cardoso RR, Melo GT. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de. *Revista Enfermería Global*. 2020; 60.
12. Lotici A, Franciele D, Lotici G, Gaffuri T. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos. *Revista Enfermería Global*. 2022; 67.
13. OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. [Online].; 2007 [Citado el 24 junio 2022] Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>.
14. OMS. Día mundial de la Seguridad del Paciente: 17 setiembre de 2020. [Online].; 2020 [Citado el 24 junio 2022] Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>.
15. Arroyo SA, Cruzado VM. Efecto de un Programa Médico Hospitalario en la Cultura de Seguridad del Paciente. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Base “Víctor Lazarte Echegaray” – EsSalud. *Revista Ciencia y Tecnología*. 2019; 15(3).
16. Flores González Elizabeth, Godoy Pozo Jessica, Burgos Grob Francisca, Salas Quijada Carmen Luz. Asociación entre eventos adversos en la atención de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia enfermo* [Internet]. 2021 [consultado el 18 de agosto de 2023]; 27: 27. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100223&lng=es. Publicación electrónica del 2 de diciembre de 2021. [Http://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aee40027](http://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aee40027).

17. Valencia Mary Luz Jaimes, Alvarado Andrés Leonardo Alvarado, Arciniegas Claudia Nathaly Mejía, Galán Angie Valentina López, Jiménez Vivian Angélica Mancilla, García Clara Inés Padilla. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Rev Cuid* [Internet]. Abril de 2021 [consultado el 18 de agosto de 2023]; 12(1): e1092. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732021000100214&lng=en. Publicación electrónica el 19 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
18. Martínez RC. Factores relacionados con eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados en cuatro instituciones de salud colombianas. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017; 37(4).
19. Burlison J, Quilivan R, Kath L, Zhou Y, Courtney S, Cheng C, et al. Un análisis multinivel de las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente de los hospitales de EE. UU. Y la percepción de la notificación voluntaria de eventos. *Journal of Patient Safety*. 2020; 6(3).
20. Miller N, Bhowmik S, Ezinwa M, Yang T, Schorrock S, Bitziel D. La relación entre la cultura de seguridad y la notificación voluntaria de eventos en un gran grupo regional de atención ambulatoria. *Journal of Patient Safety*. 2019; 15(4).
21. Bernal F. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un Hospital nivel I. *Revista Científica de Enfermería CURAE*. 2020; 3(1).
22. Gómez S. Cultura de seguridad del paciente y barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería en un centro médico naval de Lima 2020. [Tesis para optar el grado de maestro en enfermería con mención en administración y gestión]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2021. Disponible en:

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5258/Sandra_Tesis_Maestro_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Martinez FRF. Conocimiento del enfermero sobre seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2019 Lima; 2019. [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en Emergencias y Desastres]. Callao: Universidad Nacional del Callao.
24. Cruz L. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras, Servicio de cuidados intensivos, Hospital Goyeneche, Arequipa 2019. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería con mención en cuidados intensivos]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/134eff0b-2b06-453b-b97c-1742372ad736/content>
25. Mori YNR. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 Lima; 2017, Universidad Cesar Vallejo, Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gestión en Servicios de la Salud.
26. MINSA. Plan Nacional para la Seguridad del paciente 2006 - 2008 RM N°676-2006. [Online].; 2006 [Citado el 24 junio 2022] Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-web/calidad/sdp-minsa/sdp-minsa-3.pdf>.
27. Gomez RO, Arenas GW, Gonzalez VL, Garzon SJ, Mateus GE, Soto GA. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y Enfermería*. 2011; 17(3).
28. Mella LM, Gea VT, Aranaz AJ, Ramos FG, Compañ RA. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*. 2020; 34(5).

29. Arias BJH, Gómez ARD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Medicina. 2017 julio; 31(2).
30. OMS. La investigación en Seguridad del Paciente Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
31. MINSA. PPlan Anual de Seguridad del Paciente 2019 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. [Online].; 2019 [Citado el 24 junio 2022] Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/media/attachments/2019/03/18/resolucin-directoral-n055-2019-dg-hejcu-plan-anual-de-seguridad-del-paciente---of.-de-calidad.pdf>.
32. Ceriani CJ. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la seguridad del paciente". Archivos argentinos de pediatría. 2009 octubre; 107(5).
33. MINSA. Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, RM N° 143 2006 Lima: Ministerio de Salud; 2006.
34. Reason, J. Human Error. New York, NY: Cambridge University Press; 1990.
35. Turner JC y Oakes PJ. La importancia del concepto de identidad social para la psicología social con referencia al individualismo, el interaccionismo y la influencia social. Rev. Británica de psicología social. 1986; 25 (3), 237-252.
36. Tajfel H. *Diferenciación entre grupos sociales: Estudios en psicología social de las relaciones intergrupales*. 1978. Prensa Académica.
37. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 9na edición. España: Elsevier; 2018, págs. 80-97. ISBN: 978-84-9113-339-1
38. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enfermo [Internet]. 2011

Dic [citado 24 de Mayo 2023]; 17(3): 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.

39. AHRQ. Acerca del trabajo de calidad y seguridad del paciente de la AHRQ. [Online].; 2018 [Citado el 24 junio 2022] Disponible en: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/about/index.html>.
40. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev. Calidad Asistencial* [online] 2005; 20(4):216-22. [citado 22 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840>.
41. Cometto MC, Marcon Dal Sasso GT, Zárata RA, De Bortoli SH, Falconí C, y Gómez PF. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes* (1ª ed). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
42. Herkes J, Churruca K, Ellis LA, Pomare C, Braithwaite J. How people fit in at work: systematic review of the association between person-organisation and person-group fit with staff outcomes in healthcare. *BMJ* [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo 2023]; 9(5): e026266. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026266>
43. Sánchez Izquierdo FL, Olmedo Moreno N, Urbón Peláez N, Rico González A Ángeles. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. *Enferm Nefrol* [Internet]. 26 de marzo de 2018 [citado 25 de mayo de 2023];21(1):25-33. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4013>
44. Carvalho de Oliveira A, García PC, de Souza Nogueira L. Carga de trabajo de enfermería y ocurrencia de eventos adversos en cuidados intensivos: una revisión

sistemática. Revista de Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2016 [citado 25 de mayo 2023];50(4):679-89. DOI: 10.1590/S0080- 623420160000500020.

45. Pérez CJA, Jaramillo ECM, Olvera MLD, Burgos MLA, Pastrana GA, Gonzales OA, et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. CONAMED. 2014 abril; 19(2).
46. Gonzales ALF, Garrido BDC, Morales BMY. Medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente en una institución de 3 nivel de la ciudad de Ibagué. Vía Innova. 2018 enero; 5(1).
47. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
48. Allport G. Attitudes, en Murchison. *Handbook of social psychology*, Worcester, Clark University Press. 1935.
49. Homs RE, Esperon GJ, Loureiro RM, Cegri LF, Cueto PM, Paniagua AM, et al. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. Revista Gerokomos. 2018; 29(1).
50. Achury SD, Rodriguez CS, Díaz AJ, Mesa RS, Eslava RC, Castañeda RA. Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). Revista Salud Uninorte. 2017; 33(2).
51. Hospital Sergio E. Bernales. Plan de rondas y gestión del riesgo para la seguridad del paciente del Hospital Sergio E. Bernales, Año 2020. [Online].; 2020 [Citado el 10 agosto 2022] Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/resoluciones-directorales/2020/RD2020-052.pdf>.
52. Asamblea Mundial de la salud 55. Calidad de atención: Seguridad del paciente Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2002 [Citado el 10 agosto 2022] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/81997>.

53. Secretaria de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2012.
54. MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad; 2007.
55. Figueroa N. Conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvicouterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento. [online] Barranquilla, Colombia; 2010. [citado 16 de Mayo 2022] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/>
56. Ubillus S, Mayordomo S, y Paez D. Psicología social, cultura y educación. Ed. 2004. Pag 301-316. ISBN 84-205-3724-1
57. Tamayo T. Metodología de la investigación. tercera edición ed. Madrid; 2008.
58. Hernandez SR, Fernandez CC, Baptista LM. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
59. Reina BBS. Gestión de seguridad y prevención de eventos adversos evaluada por personal médico del Centro de Salud Montalvo, Ecuador, 2020 Piura, Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud; 2020, UCV.
60. Nuñez SE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú 2018 Tesis de especialidad, Chiclayo, Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
61. Guevara M y Villalobos L. Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, hospital público. [Tesis para optar el grado de Maestro en Gestión de Servicios de Salud] Chiclayo:

Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/31861>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General: ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao - 2023?</p>	<p>Objetivo general: “Determinar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao – 2023”.</p>	<p>Hipótesis general: Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la actitud hacia el reporte de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao, 2023. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la actitud hacia el reporte de eventos adversos de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao, 2023.</p>	<p>Variable 1: Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cultura de seguridad - Trabajo en equipo - Comunicación - Gestión y dirección - Supervisión. 	<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Método: Hipotético - Deductivo</p> <p>Diseño: No experimental corte transversal nivel correlacional</p> <p>Población: Conformado por 60 profesionales de enfermería.</p> <p>Tamaño de muestra: Se considerará toda la población como grupo de estudio.</p>
<p>Problemas Específicos: ¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión “cultura de seguridad” con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?</p>	<p>Objetivos específicos: Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Hipótesis específicas: Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión percepción global de la seguridad con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>		

<p>¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión “trabajo en equipo” con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?</p>	<p>Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión trabajo en equipo con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión trabajo en equipo con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Variable 2: Actitud frente al reporte de eventos adversos en los enfermeros</p>	<p>Técnica e instrumentos:</p>
<p>¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión “comunicación” con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?</p>	<p>Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión comunicación con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión comunicación con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Dimensiones: - Componente cognitivo - Componente conductual - Componente afectivo -</p>	<p>Técnica: La encuesta</p> <p>Instrumento variable 1: Cuestionario sobre la cultura de seguridad de paciente</p> <p>Instrumento variable 2: Cuestionario sobre la actitud hacia el reporte de eventos adversos.</p>

¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión “gestión y dirección” con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?

Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión gestión y dirección con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

¿De qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión “supervisión” con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?

Identificar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión supervisión con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Anexo 2: Instrumentos

Instrumento de Recolección de datos: Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente

I. Introducción:

Estimados Licenciados en Enfermería:

El presente formulario tiene como finalidad obtener información sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio donde labora. En este sentido, por favor responda con veracidad a la siguiente proposición.

Gracias de antemano por su cooperación para asegurar que la información que nos proporciona sea anónima y estrictamente confidencial.

II. Datos Generales

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

III. Instrucciones

A continuación, se presenta una serie de preguntas que debe responder con veracidad en base a su propia experiencia, marcando con una cruz (x) el número que representa la frecuencia de la manifestación que suele decir para que se presente por el lado derecho de cada afirmación se debe marcar de acuerdo a su posibilidad de opinión, solo puede marcar una selección donde:

1 = Nunca

2 = Raramente

3 = A veces

4 = Casi siempre

5 = Siempre

Por ejemplo:

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

IV. Contenido

N°	Preguntas	1	2	3	4	5
1	El personal se apoya mutuamente.					
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10	No se producen más fallos por casualidad.					
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.					
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.					
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

**Instrumento de Recolección de datos: Cuestionario sobre la Actitud hacia el
reporte de eventos adversos**

I. Introducción:

Estimados Licenciados en Enfermería:

El objetivo de este formulario es comprender las actitudes de los profesionales de enfermería frente al registro de eventos adversos en los servicios en los que trabaja. En este sentido, por favor responda con veracidad a la siguiente proposición.

Gracias de antemano por su cooperación para asegurar que la información que nos proporciona sea anónima y estrictamente confidencial.

II. Datos Generales

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

III. Instrucciones

Marque con un aspa (X) en los enunciados convenientes de acuerdo a su criterio, y de acuerdo a la siguiente leyenda:

TA: Totalmente de Acuerdo

A: Acuerdo

NA/ND: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

D: Desacuerdo

TD: Totalmente en Desacuerdo

IV. Contenido

N°	ITEMS	TA	A	NA/ND	D	TD
	COMPONENTE COGNITIVO:					
1	En el área donde trabajas, se reportan a menudo los eventos adversos.					
2	El registro de un evento adverso tiene implicancia en el cuidado de enfermería.					
3	El registro de un evento adverso ayuda a prevenir la recurrencia de los sucesos.					
4	La socialización sobre la prevención de eventos adversos debe realizarse semanalmente y con carácter obligatorio.					
5	El registro de eventos adversos sólo se realiza, cuando ocurre un daño grave en el paciente.					
	COMPONENTE CONDUCTUAL					
6	Ante un evento adverso Ud. reporta y registra de inmediato el suceso, aunque este no genere consecuencias graves en el paciente.					
7	Registrar un evento adverso contribuye en la mejora del actuar frente al cuidado.					
8	Un evento adverso ocurre por descuido del personal que brinda el cuidado.					
9	El registro de un evento adverso toma mucho tiempo.					
10	Considera que el llenado y registro de las fichas de eventos adversos es complicado y tedioso					
11	Los coordinadores del área demuestran interés y vigilan que el registro sea oportuno e inmediato en cada uno de los eventos presentados.					

12	El reporte verbal de un evento adverso sustituye al registro y llenado del formato.					
13	En esta línea de tiempo, si los coordinadores del área manifiestan que la omisión del registro de eventos adversos tendrá carácter sancionador. ¿Aceptaría la disposición?					
COMPONENTE AFECTIVO						
14	Al reporte de un evento adverso en tu turno, sientes que puedes ser juzgado por el jefe de servicio					
15	Ante un evento adverso grave en el paciente a tu cargo, observas manifestaciones de apoyo y solidaridad en tus compañeros de trabajo.					
16	Si sucede un evento adverso grave en tu turno, te sientes criticado y fiscalizado por tus compañeros de trabajo.					
17	La falta de motivación afecta directamente el registro oportuno de los eventos adversos.					
18	El reporte de eventos adversos recurrentes en tus turnos te genera sentimientos de incompetencia ante los demás.					
19	Cuestiono con total libertad, la ocurrencia de un evento adverso.					
20	Si observas que ocurre un evento adverso y el personal involucrado no lo registra, sientes la obligación de motivar a que lo realice.					

Anexo 3: Consentimiento Informado

TITULO DEL PROYECTO: “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ACTITUD HACIA EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD, CALLAO - 2023”

Propósitos y procedimientos

La investigación está a cargo de la Lic. en Enfermería: Alma Valeria Priscilla Huayama Lopez.

El propósito de este estudio es determinar de qué manera se relaciona la cultura de seguridad del paciente con la actitud hacia el registro de eventos adversos en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud, Callao – 2023.

Para lo cual es necesario que brinde la información solicitada en los cuestionarios

Beneficios

Los resultados servirán como base para futuras investigaciones en cuanto a cultura de seguridad y reporte de eventos adversos, contribuyendo así a la mejora de la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Los derechos del participante y confidencialidad

La participación del profesional de enfermería en este estudio es completamente voluntaria. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por la investigadora para efectos del estudio.

Yo, _____ enfermera (o) asistencial del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, doy por aceptado de manera voluntaria de participar en este estudio. Mediante el llenado de dos cuestionarios. Así mismo confirmo haber sido informado de los objetivos de esta investigación.

Firma del participante

Firma del investigador

Reporte de similitud TURNITIN

● 17% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	uwiener on 2023-03-24 Submitted works	2%
2	uwiener on 2023-02-16 Submitted works	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Internet	1%
4	Submitted on 1692322912060 Submitted works	1%
5	Universidad Wiener on 2023-08-12 Submitted works	1%
6	Submitted on 1690995451742 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2023-05-15 Submitted works	<1%
8	repositorio.uma.edu.pe Internet	<1%