



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Trabajo Académico**

Percepción de cultura y seguridad del paciente relacionado con actitud al reporte de eventos adversos en enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima-  
2024

**Para optar el Título de**  
Especialista en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

**Presentado por:**

**Autora:** Martínez Quispe, Geraldine Azucena


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0001-1539-225X>

**Asesor:** Mg. Fernández Rengifo, Werther Fernando

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

**Lima – Perú**

**2024**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <br>Universidad<br>Norbert Wiener | <b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b> |   |
|  | <b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>   | <b>VERSIÓN: 01</b><br><small>REVISIÓN: 01</small> |

Yo,... **MARTINEZ QUISPE GERALDINE AZUCENA** egresado de la Facultad de .....Ciencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... /  Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“PERCEPCIÓN DE CULTURA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON ACTITUD AL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE LIMA-2024”** Asesorado por la docente: Mg. Werther Fernando Fernandez Rengifo DNI ... 05618139 ORCID...<https://orcid.org/0000-0001-7485-9641> tiene un índice de similitud de (20 ) (veinte) % con código \_\_oid:\_\_ oid:14912:373231369\_\_\_\_\_ 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

**MARTINEZ QUISPE GERALDINE AZUCENA** Nombres y apellidos del Egresado

DNI: .....46659718

Firma de autor 2

DNI: .....



Firma

Mg. Werther Fernando Fernandez Rengifo

DNI: .....05618139

Lima, 14 de agosto de 2024

**Dedicatoria:**

A mí querida familia por su apoyo incondicional  
que me brindaron en cada momento de mi vida.

### **Agradecimiento**

A mi familia y a todas las personas que me ofrecieron una mano amiga y un consejo en el momento justo y me animaron a seguir adelante.

A mi casa de estudios, la Universidad Norbert Wiener, por la enseñanza impartida a través de sus docentes.

**Asesor:** Mg. Fernández Rengifo, Wherter Fernando

**CODIGO ORCID:** 0000-0001-7845-9641

**JURADO**

**PRESIDENTE:** Dr. José Gregorio Molina Torres

**SECRETARIO:** Mg. Juan Esteban Rojas Trujillo.

**VOCAL:** Mg. María Mercedes Hidalgo Falcón.

## INDICE

|  |          |
|--|----------|
| Índice.....                                | vii      |
| Resumen.....                               | x        |
| Abstract.....                              | xi       |
| <b>1. EL PROBLEMA.....</b>                 | <b>1</b> |
| 1.1. Planteamiento del problema.....       | 1        |
| 1.2. Formulación del problema.....         | 4        |
| 1.3. Objetivos de la investigación.....    | 5        |
| 1.3.1. Objetivo general.....               | 5        |
| 1.3.2. Objetivos específicos.....          | 5        |
| 1.4. Justificación.....                    | 6        |
| 1.4.1. Teórica.....                        | 6        |
| 1.4.2. Metodológica.....                   | 7        |
| 1.4.3. Practica.....                       | 7        |
| 1.5. Delimitación de la investigación..... | 8        |
| 1.5.1. Temporal.....                       | 8        |
| 1.5.2. Espacial.....                       | 8        |
| 1.5.3. Recursos.....                       | 8        |
| 1.5.4. Población y unidad de análisis..... | 8        |
| <b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>               | <b>9</b> |
| 2.1. Antecedentes.....                     | 9        |
| 2.1.1. Internacionales.....                | 9        |
| 2.1.2. Nacionales.....                     | 14       |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.2. Bases teóricas.....   | 17        |
| 2.3. Formulación de la hipótesis.....                                      | 31        |
| 2.3.1. Hipótesis general.....  | 31        |
| 2.3.2. Hipótesis específicas.....  | 31        |
| <b>3. METODOLOGÍA.....</b>   | <b>33</b> |
| 3.1. Método de la investigación.....                                       | 33        |
| 3.2. Enfoque de la investigación.....                                      | 33        |
| 3.3. Tipo de investigación.....  | 33        |
| 3.4. Diseño de la investigación.....                                       | 33        |
| 3.5. Población, muestra y muestreo.....                                    | 34        |
| 3.6. Variables y Operacionalización.....                                   | 35        |
| 3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos análisis de datos..... | 36        |
| 3.7.1. Técnica.....  | 36        |
| 3.7.2. Descripción de instrumentos.....                                    | 37        |
| 3.7.3. Validación.....   | 37        |
| 3.7.4. Confiabilidad.....  | 37        |
| 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....                        | 38        |
| 3.9. Aspectos éticos.....  | 38        |
| <b>4. ASPECTOS ASMINISTRATIVOS.....</b>                                    | <b>40</b> |
| 4.1. Cronograma de actividades.....  | 40        |
| 4.2. Presupuesto.....  | 41        |
| <b>5. REFERENCIAS.....</b>   | <b>42</b> |
| <b>6. ANEXOS.....</b>  | <b>54</b> |



|  |    |
|--|----|
| Anexos 1: Matriz de consistencia.....  | 55 |
| Anexo 3: Instrumento.....              | 57 |
| Anexo 2: Consentimiento informado..... | 62 |

## Resumen

**Introducción:** Las enfermeras desempeñan un rol primordial en la promoción de la cultura de seguridad del paciente. Son los que están en contacto directo con los pacientes y los que están más cerca de los riesgos potenciales. Desde la percepción del personal de enfermería, una cultura de seguridad del paciente se caracteriza por los siguientes aspectos: la confianza, la comunicación y la colaboración. **Objetivo:** “Determinar cuál es la relación entre percepción de cultura y seguridad del paciente con la actitud al reporte de eventos adversos en enfermeras del servicio de emergencia de un Hospital de Lima-2024”. **Metodología:** Método hipotético-deductivo, diseño no experimental, método cuantitativo, descriptivo, método de correlación aplicada, método transversal; la muestra censal estará conformada por 75 enfermeras de emergencias y la herramienta utilizada para el trabajo de investigación será el cuestionario de percepción de la cultura de seguridad del paciente-modificado de Núñez. El cuestionario de actitud al reporte de eventos adversos-modificado de Gonzales. Ambos instrumentos fueron validados por los investigadores mencionados y tienen una alta confiabilidad. La recolección de datos toma alrededor de 30 minutos para los participantes. Así mismo para la constatación de la hipótesis se empleará el análisis de Correlación de Spearman.

**Palabras claves:** cultura de seguridad, paciente, evento adverso, enfermería.

## **Abstract**

Introduction: Nurses play a pivotal role in promoting a culture of patient safety. They are in direct contact with patients and are closest to the potential risks. From the nurses' perception, a culture of patient safety is characterised by the following aspects: trust, communication and collaboration.

Objective: "To determine the relationship between the perception of patient safety culture and the attitude towards reporting adverse events in nurses in the emergency department of a hospital in Lima-2024". Methodology: Hypothetic-deductive method, non-experimental design, quantitative, descriptive method, applied correlation method, cross-sectional method; the census sample will be made up of 75 emergency nurses and the tool used for the research work will be the patient safety culture perception questionnaire-modified by Núñez. The questionnaire of attitude to the reporting of adverse events-modified by Gonzales. Both instruments were validated by the aforementioned researchers and have a high reliability. Data collection takes about 30 minutes for participants. Spearman's correlation analysis will be used to test the hypothesis.

**Key words:** safety culture, patient, adverse event, nursing.

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria y es considerado un grave problema de salud pública en todo el mundo, ocupando el puesto 14 en la lista de causas de morbilidad mundial. (1). Según datos estadísticos, uno de cada 300 pacientes sufre daños ocasionados por la atención en salud y cada año se provocan 134 millones de eventos adversos en los hospitales, provocando 2,6 millones de muertes en el mundo. (2), (3).

Alrededor 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. Según algunos cálculos, 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria, el 80% de los cuales se podrían prevenir. (4). En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo, se ha calculado que cada año, los daños causados a los pacientes reducen hasta en un 0,7% el crecimiento económico mundial, y sus costos indirectos equivalen anualmente a varios billones de dólares estadounidenses. (5), (6).

Las cifras a nivel mundial; según datos estadísticos refieren que en España, el 16% presentan daños graves ocasionados por una mala praxis en la atención en salud, el 42,6% presentan daños que pueden ser evitables; en Canadá, el 36,9% sufrieron daños que podrían ser evitables. (7). En Estados Unidos (EEUU), los daños ascienden a 1,3 millones. (8). En Colombia; el estudio IBEAS, mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% durante la realización de un procedimiento. (9).

Los países de todo el mundo están trabajando para optimar la cultura de seguridad del paciente. Algunos países han desarrollado estrategias nacionales de seguridad del paciente, mientras que otros están trabajando para implementar medidas específicas y mejorar la seguridad (10).

El Reino Unido ha desarrollado la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, que tiene como objetivo reducir las incidencias en el sistema sanitario británico. Los eventos adversos generan daños que pueden requerir tratamiento adicional o provocar discapacidad. Dentro de los más notificados y que pueden causar morbilidad son los errores de medicación y la caída de pacientes en los hospitales (11).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Asamblea Mundial de la Salud crean el Día Mundial de la Seguridad del Paciente con fecha 17 de setiembre de 2019 para promover las acciones mundiales encaminadas a prevenir y reducir los daños causados a los usuarios. (12).

En Perú, según el estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (IBEAS) donde participaron 5 hospitales peruanos: 3 del Ministerio de Salud (MINSA) y 2 de EsSalud, la prevalencia de eventos adversos fue de 11.6%, siendo el 68.1% de estos prevenibles, situación que hace necesario promover una cultura de seguridad basada en el aprendizaje mediante el análisis del error. (13).

Esta situación se debe a una serie de factores que incluyen la complejidad en la atención, que implica a profesionales de salud, cada uno con sus propias competencias y responsabilidades; donde la presión asistencial puede llevar a los profesionales a tomar decisiones apresuradas y cometer errores; (14). Pueden causar daños físicos, psicológicos o emocionales a los pacientes e incluso la muerte. Para abordar esta situación, es necesario promover una cultura de seguridad del paciente en los sistemas de salud, que se caracterice

por concientizar sobre la relevancia de la seguridad, una cultura de aprendizaje de los errores y una inversión en recursos para la prevención de los eventos adversos (15).

Las enfermeras desempeñan un rol fundamental en la promoción de la cultura de seguridad del paciente. Son los que están en contacto directo con los pacientes y los que están más cerca de los riesgos potenciales. Por ello, los miembros de la organización deben estar concienciados y asumir la responsabilidad de promoverla; invirtiendo en recursos para la prevención y la gestión de los eventos adversos, como la formación del personal, los sistemas de notificación y aprendizaje para un trabajo seguros (16).

En ese sentido, para promover la cultura de seguridad del paciente se debe incorporar la seguridad del paciente en las políticas y estrategias de la institución de salud, ofrecer formación en seguridad del paciente a todos los profesionales sanitarios, implementar sistemas de notificación y aprendizaje creando entornos de trabajo seguros y saludables. La promoción de una cultura de seguridad del paciente en los servicios de emergencias es un esfuerzo continuo que requiere la participación de todos los profesionales implicados. De ahí nace la necesidad de abordar este tema tan relevante en el sistema sanitario.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la relación entre la dimensión cultura de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre la dimensión trabajo en equipo de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre la dimensión comunicación de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre la dimensión gestión y dirección de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?

¿Cuál es la relación entre la dimensión supervisión de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar cuál es la relación entre percepción de cultura y seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en enfermeras del servicio de emergencia de un Hospital de Lima-2024.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar la relación entre la dimensión cultura de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.

Identificar la relación entre la dimensión trabajo en equipo de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.

Identificar la relación entre la dimensión comunicación de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.

Identificar la relación entre la dimensión gestión y dirección de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.

Identificar la relación entre la dimensión supervisión de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.



## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

Una cultura de seguridad del paciente es aquella en la que los profesionales sanitarios están comprometidos con la seguridad de los pacientes y se sienten seguros para reportar los errores. La notificación o reporte de eventos adversos es un mecanismo esencial de una cultura de seguridad del paciente, ya que permite identificar los riesgos y tomar medidas para prevenirlos.

La teoría que sustenta la cultura de seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos en los hospitales es la teoría de los sistemas sociotécnicos. Esta teoría sostiene que la seguridad es un producto de la interacción entre los factores humanos y tecnológicos de un sistema. El representante más conocido de la teoría de los sistemas sociotécnicos es el sociólogo escocés Tristram H. Murray. En 1951, Tristram publicó un artículo en el que propuso que los sistemas sociales y tecnológicos deben considerarse como un todo integrado, y que la seguridad es un producto de la interacción entre estos dos sistemas.

En el ámbito de la enfermería, podemos recurrir al gran Jean Watson, una de las teóricas más influyentes de la enfermería, ha desarrollado una teoría del cuidado transpersonal que tiene implicaciones importantes para la cultura de seguridad del paciente. Watson sostiene que el cuidado es una experiencia interpersonal que se fundamenta en la confianza, el respeto y la compasión. El cuidado transpersonal es un tipo de cuidado que se centra en el bienestar holístico del paciente, incluyendo sus dimensiones física, emocional, espiritual y social.

### **1.4.2. Metodológica**

El proceso de construcción de conocimiento en esta investigación se ciñe a los principios del método científico. Se emplea el método deductivo e hipotético, que se basa en un enfoque cuantitativo, para establecer una base sólida para el estudio. Para la recogida de datos se ponen a disposición dos instrumentos, conocidos por su validez y fiabilidad. Los datos así recopilados se someterán a un análisis de correlación, que servirá como punto de referencia para trabajos anteriores y futuros.

### **1.4.3. Práctica**

La importancia de poseer una cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en los servicios de emergencias es que estas permiten identificar y prevenir los errores y los riesgos que pueden provocar daños a los pacientes. Los servicios de emergencias son entornos complejos y estresantes en los que los profesionales sanitarios deben tomar decisiones rápidas y precisas. En este contexto, es posible que se produzcan errores, ya sean debidos a factores humanos, tecnológicos u organizativos.

De ahí, la necesidad de impulsar esta indagación sobre la materia, ya que, una cultura de seguridad del paciente sólida crea un entorno en el que los profesionales sanitarios se sienten seguros para reportar los errores y los riesgos sin temor a represalias. Esto permitirá a las organizaciones sanitarias identificar los riesgos y tomar medidas para prevenirlos.

A través de una buena actitud de las enfermeras hacia el reporte de los eventos adversos, las organizaciones sanitarias pueden recopilar información sobre los errores y los riesgos que se

producen en los servicios de emergencias. Esta información puede utilizarse para mejorar los procesos y las prácticas de atención, lo que puede ayudar a prevenir los eventos adversos.

## **1.5. Delimitación de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

El estudio de investigación se presentó como proyecto de investigación en el tiempo requerido.

### **1.5.2. Espacial**

La pesquisa se ejecutará en los entornos hospitalarios de los servicios de emergencias de un hospital de Lima, Perú.

### **1.5.3. Población y unidad de análisis**

La población de indagación estará constituida por todas las enfermeras que laboran en los servicios de emergencias de dicho nosocomio, siendo la unidad de análisis la enfermera de emergencias.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **Antecedentes internacionales**

Martínez C, (17), en Colombia en el año 2021, realizó un estudio con el objetivo de “Identificar aspectos que se asocian con el desarrollo y notificación de eventos adversos provocados por la administración de medicamentos en una población pediátrica ingresada en servicios de emergencia”. La investigación utilizó metodologías tanto descriptivas como analíticas, analizando una muestra de 160 historias clínicas que documentaron un total de 224 eventos adversos asociados con la administración de medicamentos. La investigación encontró que el 53,13% de los casos habían sido hospitalizados previamente, el 23,75% había experimentado entre 2 y 4 incidentes y el 62,5% había experimentado flebitis química. El estudio concluyó que existe una alta incidencia de eventos adversos relacionados con la medicación en los servicios de urgencias pediátrica.

Han Y, et al. (18), en República de Corea en el año 2020, realizaron un estudio con el objetivo de “Determinar el nivel de asociación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y las notificaciones de eventos adversos”. El estudio fue descriptivo transversal que incluyó una amplia muestra de 223.412 pacientes, 7.816 servicios y 967 hospitales. El estudio arrojó resultados que mostraron una correlación de más de 0,5 entre la incidencia de eventos adversos identificados y la retroalimentación dada en respuesta a los errores, incluidas respuestas no punitivas, apoyo a la gestión y trabajo en equipo ( $p=0,00$ ). La conclusión que se extrae del estudio es que existe un aumento en la incidencia de notificación voluntaria con mayores consecuencias derivadas de un evento adverso sin efecto punitivo.

Alsabri M, et al. (19), en Estados Unidos en el año 2022 realizaron un estudio con el objetivo de “Describir y analizar los factores de riesgo asociados a los eventos de seguridad del paciente, definidos como eventos adversos, EA prevenibles y eventos de cuasi accidentes reportados en el servicio de urgencias”. Estudio en el que se utilizaron datos de pacientes con TCA recuperados entre enero de 2010 y diciembre de 2016. Los problemas de garantía de calidad (QAI, por sus siglas en inglés) utilizados como desencadenantes incluyeron los siguientes: problemas durante el procedimiento de sedación, muerte dentro de las 24 horas posteriores al ingreso, quejas de pacientes y médicos, regresos a la sala de emergencias dentro de las 72 horas y traslados a una unidad de cuidados intensivos dentro de las 24 horas. El análisis no ajustado mostró que el tiempo de espera en el servicio de urgencias, el tiempo de embarque, la duración de la estancia en el servicio de urgencias, la disposición a los servicios de urgencias, así como el diagnóstico y las QAI se relacionaron significativamente con los PSE ( $P < 0,05$ ). Se demostró que las probabilidades de que ocurra un PSE aumentaron en un 0.2% por cada minuto adicional de aumento en el tiempo de espera en el servicio de urgencias, en un 5.2% por cada hora adicional de embarque y en un 4.5% por cada hora de LOS en el servicio de urgencias.

Romero J. (20), en Colombia el en año 2022 realizó un estudio con el objetivo de “Identificar la percepción sobre cultura de Seguridad del Paciente, en el personal de enfermería por servicios en un Hospital III Nivel de atención. Cerete Córdoba”. Metodología: descriptiva, con 142 participantes, correspondiendo al total del personal de enfermería. Previo consentimiento informado, identificaron las características sociodemográficas y laborales, mediante Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes. Resultados: La edad promedio de los participantes fue de 35.8 años. El 85.1% eran auxiliares de enfermería, el 14.9% enfermeros, el 86.5% eran género femenino, unión libre predominó con el 42.6%,

el 81.1%, técnicos, 79.4% con turnos rotativos, la mayoría 72.3% con contratación a término fijo. La percepción global, es regular, según la calificación dada por el personal 48.2 %, el reporte de eventos de seguridad del paciente el 97.2% lo perciben débil, el 66.7% no ha reportado ningún evento. Conclusión: La cultura de seguridad del paciente es regular según la percepción del personal de enfermería, caracterizada por debilidades en relación con el área, supervisor, comunicación y reporte de eventos adversos en mayor grado lo consideran una debilidad en los servicios de cirugía y pediatría.

Tello M, et al. (21), en México en el año 2022, realizaron un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre cultura de seguridad del paciente, las horas por semana trabajadas y los incidentes en el último año del personal de enfermería de un hospital público de segundo nivel de atención de la ciudad de Saltillo, Coahuila”. Métodos: Descriptivo correlacional, muestra de 113 enfermeras(os). Resultados: La cultura de seguridad del paciente en la mayoría de las dimensiones carece de fortaleza, con oportunidad de mejora: expectativas y acciones de la dirección (60.8%), aprendizaje organizacional (68.1%), feed-back y comunicación sobre errores (58.9%) y solo el trabajo en equipo refiere fortaleza (76.3%). Dimensiones con menor puntuación: franqueza en la comunicación (42.4%), apoyo a la gerencia 42.7%, dotación de personal 37.8 y la respuesta no punitiva a los errores 35.9%. Conclusiones: Es importante tomar en cuenta esta información para que se planten y se desarrollen estrategias que permitan ofrecer una atención hospitalaria segura. La acción gerencial es importante en la continuidad de acciones de seguridad del paciente.

Meléndez L, et al. (22), en Ecuador en el año 2023, realizaron un estudio con el objetivo de “Describir la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes durante la formación técnica en enfermería”. Métodos: Transversal y descriptivo. El cuestionario se administró a 113 estudiantes; igualmente se aplicó una guía de observación directa a 26 estudiantes durante el desarrollo de las prácticas de aprendizaje de enfermería en las simulaciones de atención a pacientes. Ambos instrumentos abordaron las principales dimensiones de la cultura de seguridad clínica. Resultados: El 85,84 % fueron mujeres, la media de edad fue de 22,3 años, con una desviación típica de 4,156; el mayor porcentaje se ubicó en el grupo de 21 a 25 años con un 40,71 %. Resultados sobre el conocimiento en seguridad del paciente fue que el 80,53% tenía una percepción positiva sobre el error, el 57,52 % no definió si era necesario hablar de errores, el 71,68 % involucró el factor humano en el error y el 66,37 % consideró importante involucrar a los pacientes. La valoración de la práctica evidenció que 85,84 % no identifica al paciente, mientras que 100 % de los estudiantes no perciben una respuesta punitiva ante errores en la evaluación de su práctica simulada. Conclusiones: La cultura de seguridad es un conocimiento teórico para los estudiantes de enfermería y debe fortalecerse como competencia a nivel curricular.

Jaime N. (23), en Argentina en el año 2021, realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una institución privada del conurbano bonaerense”. Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal entre los meses de mayo y junio de 2021. La muestra estuvo constituida por 94 profesionales de enfermería, utilizaron como instrumento el Hospital Survey on Patient Safety Culture en su versión al español. Resultados: el 87,2 % se desempeñaba exclusivamente en actividad asistencial. La cultura de seguridad del paciente evidenció una respuesta de neutral a positiva. Respecto a las dimensiones de la tres a la 10, respectivas a la

seguridad a nivel de servicio, las expectativas y acciones de la dirección del servicio para favorecer la seguridad fue baja. Las peores puntuadas de las dimensiones fue la relacionada con la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital, donde se evidencian problemas en los cambios de turnos o en las transiciones entre unidades, así como en el trabajo en equipo. Conclusiones: la percepción del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente es baja, con un patrón caracterizado por la falta de franqueza en la comunicación, bajas expectativas y acciones por parte del equipo de dirección, y deficiencias en el trabajo en equipo.

Rodríguez L, et al. (24), en México en el año 2023, realizaron un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre percepción y actitud de la CSP que posee el estudiante de enfermería”. Método: cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal y de asociación. Muestra no probabilística con un total de 100 participantes. Aplicaron el cuestionario para la CSP en estudiantes latinos. Utilizaron paquete SPSS demo V. 26.0, y estadística descriptiva e inferencial, para establecer asociación entre variables la prueba no paramétrica  $\chi^2$  con un IC del 95% y margen de error  $< 0.05$ . Resultados: predominó la edad de 19 a 23 años en el 91.0%. El 99.0% refirieron percepción entre regular y buena, con un 75.0% de actitud positiva. Se observó asociación entre percepción y actitud hacia la CSP ( $\chi^2 = 11.246$ ) ( $p < 0.001$ ). Conclusión: el 80.0% refirió actitud proactiva hacia la CSP, se infiere que la percepción y la actitud se relaciona por la autoconfianza del estudiante, habilidades comunicativas en el reporte del E.A. y cultura no punitiva.



### **Antecedentes nacionales**

Palomino R. (25), en Perú en el año 2023, realizó un estudio con el objetivo de “Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú”. Material y métodos: Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, explicativo y de corte transversal, conformada por 231 profesionales de enfermería entre varones y mujeres que laboran en dos hospitales públicos de nivel III-III, el instrumento utilizado presentó una confiabilidad de ,926 de alfa de Cronbach. Resultados: Las variables desarrollo de la cultura de seguridad, trabajo en equipo, dirección y gestión y supervisión presentan diferencias significativas ( $p < 0,5$ ) entre ambas organizaciones hospitalarias; mientras que la apertura a la comunicación no presenta diferencias significativas. Conclusión: La gestión hospitalaria en cuanto a cultura de seguridad del paciente en el hospital 1 es deficiente y en el hospital 2 se deben redoblar esfuerzos para garantizar una cultura de seguridad del paciente de calidad, aunque los puntajes obtenidos, están muy por debajo de lo obtenido en hospitales de América Latina.

Gallegos R. (26), en Perú en el año 2023, realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de un hospital de emergencias”. metodología que se emplea se sustenta en el método hipotético – deductivo, enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal, la muestra fue conformada por 79 licenciados de enfermería, la técnica seleccionada fue la encuesta, para la variable seguridad del paciente se utilizó un instrumento basado en el cuestionario ya estructurado: Seguridad de los pacientes del Hospital Surveyon Patient Safety y para la variable autopercepción de prevención de eventos adversos se empleó un instrumento estructurado diseñado por Chávez; para determinar la relación entre las variables de estudio se empleó la prueba no paramétrica de Rho Spearman. Resultados

obtenidos determinaron que la relación entre las variables principales es significativa y positiva con Rho de Spearman igual a 0,489 y un p igual a 0,000. Concluyeron: que existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción de prevención de eventos adversos de los enfermeros de un hospital de emergencias.

Bernal F. (27), en Perú en el año 2020, realizó un estudio con el objetivo de Buscaron “Determinar la relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos referida por el personal asistencial de un hospital nivel I de la provincia de Ferreñafe, Lambayeque, Perú durante el año 2019”. Métodos: La muestral estuvo conformada por 91 profesionales de la salud. El estudio fue de tipo analítico, prospectivo, transversal y el diseño de contrastación de hipótesis utilizado fue el descriptivo relacional. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de la Chi-cuadrado leída al 95% de confiabilidad, en la recolección de datos se empleó el cuestionario denominado. Resultados: los resultados evidenciaron que el nivel de percepción general de la Cultura de Seguridad manifestado por el personal asistencial fue neutral y negativo (90%), consecuentemente estuvo relacionado con un alto porcentaje de eventos adversos no notificados (74%). ( $p < 0.05$ ), siendo dos dimensiones de la cultura de seguridad del paciente las que se asociaron estadísticamente con la no notificación de eventos adverso: apoyo de la Gerencia para la seguridad del paciente y Frecuencia de incidentes reportados ( $p < 0.05$ ). Conclusiones: Se requiere apoyo y participación de los Directivos para lograr una adecuada Cultura de Seguridad.

Cruz L. (28), en Perú en el año 2020, realizó un estudio con el objetivo de “Establecer la relación entre la Cultura de Seguridad y Registro de Eventos Adversos por el personal de

enfermería”. La población estuvo conformada por todas las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital antes mencionado que cumplieron con los criterios de inclusión, cuyos resultados fueron: El 25.0% del personal de enfermería refieren que existe un registro inadecuado de eventos adversos, mientras que solo el 75.0% del personal consideran que el registro de eventos adversos es adecuado. Según la prueba de Chi cuadrado el registro de eventos adversos y la frecuencia de eventos adversos, el aprendizaje organizacional para la mejora continua y el trabajo en equipo entre servicios presentan relación estadística significativa ( $P < 0,05$ ).

Gómez S. (29), en Perú en el año 2021, realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020”. La metodología fue cuantitativa, descriptiva correlacional, con un diseño no experimental, de corte transversal, la muestra estuvo comprendida por 209 profesionales de enfermería de los diferentes departamentos. Los resultados mostraron que de acuerdo al 65.6% la cultura de seguridad del paciente es de nivel medio, el 32.5% considera que tiene un nivel alto y un 1.9% un nivel bajo. En cuanto a las barreras de notificación de eventos adversos, el 86.1% considera que existen barreras de notificación de eventos adversos en un nivel medio y el 13.9% considera que existe barreras de notificación en un nivel bajo. Asimismo, el Coeficiente Rho de Spearman mostró  $\rho = 0.222$  y  $p < 0.05$ , confirmándose la hipótesis de investigación. Por lo que se concluye que existe una relación significativa entre la cultura de seguridad y las barreras de notificación de eventos adversos, la cual es positiva baja.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Cultura de seguridad del paciente**

#### **a. Conceptualización de la cultura de seguridad del paciente**

La cultura de la seguridad del paciente se refiere al conjunto de actitudes, principios, tradiciones, puntos de vista, expectativas, habilidades y hábitos que prevalecen dentro de una institución u organización de atención médica. Esta cultura tiene un impacto significativo en cómo se identifican y abordan los riesgos para la seguridad del paciente. (30).

Se puede definir como "la forma en que una organización prioriza la seguridad del paciente, la integra en sus procesos y la gestiona". La cultura de seguridad del paciente es un factor clave para la prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria. Una cultura de seguridad fuerte en enfermería fomenta la comunicación abierta, la colaboración con otros profesionales sanitarios, la participación de los pacientes y familiares, y la toma de medidas para aprender de los errores. (31).

Los errores pueden ocurrir en cualquier etapa del proceso de medicación, desde la prescripción hasta la administración. Las infecciones nosocomiales son otra causa significativa de daño prevenible en la atención sanitaria. Estas infecciones se contraen en un entorno hospitalario o de atención médica. Los eventos adversos quirúrgicos también pueden causar daños graves o incluso la muerte. Estos eventos pueden ocurrir durante cualquier etapa de la cirugía, desde la preparación hasta la recuperación. (34).

Hay una serie de estrategias que pueden utilizarse para optimizar la seguridad del paciente. Estas estrategias incluyen: Formación y educación: los profesionales sanitarios deben recibir formación sobre los riesgos para la seguridad del paciente y las maniobras para prevenirlos. Cultura de seguridad: las organizaciones sanitarias deben crear una cultura de seguridad que fomente la comunicación abierta, la colaboración y la toma de medidas para aprender de los errores. Sistemas y procesos seguros: los sistemas y los procesos sanitarios deben estar delineados para minimizar los riesgos para la seguridad del paciente. (35).

Las instituciones sanitarias de todo el mundo están trabajando para optimar la seguridad del paciente. Estas instituciones están adoptando una serie de estrategias para abordar los riesgos para la seguridad del paciente, como los errores en la medicación, las infecciones nosocomiales y los eventos adversos quirúrgicos. (36).

La seguridad del paciente es una temática de creciente importancia en el Perú. En los novísimos años, el gobierno peruano ha tomado una serie de medidas para optimar la seguridad del paciente, incluyendo: La creación de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente (CONASIP). La implementación del Sistema Nacional de Seguridad del Paciente (SNSP). La aprobación de la Ley de Seguridad del Paciente. La CONASIP es un organismo público responsable de coordinar las acciones para mejorar la seguridad del paciente en el Perú. El SNSP es un sistema de gestión de riesgos que tiene como objetivo identificar, evaluar y mitigar los riesgos para la seguridad del paciente. La Ley de Seguridad del Paciente establece los derechos y deberes de los pacientes y los profesionales sanitarios en materia de seguridad del paciente. (37).

A pesar de estos avances, la seguridad del paciente sigue siendo un problema en el Perú. Según un estudio del Ministerio de Salud, el 10% de los pacientes que reciben atención sanitaria en el Perú sufren algún tipo de daño prevenible. Los errores en la medicación, las infecciones nosocomiales y los eventos adversos quirúrgicos son las causas más comunes de daño prevenible en el Perú.

#### **b. Teorías sobre la cultura de seguridad del paciente**

**La teoría del error por Reason:** es un modelo de causalidad de los accidentes que fue sugerido por el británico James Reason en 1990. La teoría sostiene que los accidentes no son causados por el error individual, sino por una combinación de factores que crean una situación en la que el error es probable. Se basa en la idea de que los sistemas humanos son sistemas complejos que están sujetos a fallos y que los accidentes ocurren cuando se combinan los factores latentes y los actos específicos. La teoría sugiere que los sistemas sanitarios deben centrarse en la prevención de los factores latentes que contribuyen a los errores. (38).

**La teoría de identidad social:** sostiene que las personas se identifican con grupos sociales y que esta identificación influye en su comportamiento. La teoría fue desarrollada por el psicólogo social Henri Tajfel en la década de 1970. La teoría de identidad social tiene implicaciones importantes para la seguridad del paciente. La teoría sugiere que los profesionales sanitarios que se identifican fuertemente con su profesión son más propensos a tomar medidas para proteger la seguridad del paciente. Esto se debe a que la identidad profesional de los profesionales sanitarios les da un sentido de pertenencia y propósito. También les proporciona normas y valores que les guían en su comportamiento. (39).

**La teoría de la autocategorización (TAC):** explica cómo los individuos se identifican con grupos sociales. La TAC sostiene que los individuos se identifican con grupos que perciben como similares a sí mismos en términos de valores, creencias y experiencias. Esta identificación con el grupo puede influir en el comportamiento del individuo, incluso en situaciones que no están directamente relacionadas con el grupo. La TAC se ha aplicado a la cultura de seguridad del paciente para comprender cómo los individuos se identifican con su equipo de atención médica y cómo esta identificación puede influir en su comportamiento en correspondencia con la seguridad del paciente. (40).

**La Teoría del Cuidado Burocrático de Marilyn Anne Ray:** implica una comparación de las diversas estructuras presentes en la atención sanitaria, incluidas las estructuras políticas, legales, económicas, educativas, fisiológicas, socioculturales y tecnológicas. Esta comparación se hace entre el orden explícito y el cuidado ético-espiritual y sus respectivos órdenes implícitos. La teoría ilustra cómo el desarrollo de los cuidados de enfermería está influenciado por la estructura social o cultural de la organización, y cómo los cuidados de enfermería funcionan en relación con las necesidades de la burocracia y las necesidades humanas de cuidados. En el contexto de la cultura de seguridad del paciente, esta teoría puede ser relevante en varios aspectos. Por ejemplo, puede ayudar a entender cómo las estructuras burocráticas y las políticas de una institución sanitaria pueden influir en la seguridad del paciente. Además, puede proporcionar una visión sobre cómo las enfermeras pueden navegar dentro de estas estructuras para proporcionar un cuidado seguro y efectivo. (41).

**La teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson:** es una teoría de enfermería que se concentra en el progreso de relaciones de cuidado significativas entre las enfermeras y sus

pacientes. Watson sostiene que estas relaciones pueden ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar. La teoría del cuidado transpersonal puede tener un impacto positivo en la cultura de seguridad del paciente de varias maneras. En primer lugar, puede ayudar a crear un entorno de atención médica más centrado en el paciente. Cuando las enfermeras se centran en las necesidades y deseos del paciente, es más probable que tomen decisiones seguras y centradas en el paciente. En segundo lugar, la teoría del cuidado transpersonal puede ayudar a fomentar una cultura de comunicación abierta y transparente. Cuando las enfermeras se sienten seguras de compartir sus preocupaciones y errores, es más probable que se tomen medidas para prevenir los riesgos de seguridad. En tercer lugar, la teoría del cuidado transpersonal puede ayudar a promover la colaboración y el trabajo en equipo. Cuando las enfermeras se sienten conectadas entre sí y con sus pacientes, es más probable que trabajen juntas para garantizar la seguridad del paciente. (42).

### **c. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente**

Ha habido varias sugerencias de clasificaciones afines con la seguridad del paciente. Sin embargo, la propuesta más aceptada es la de la agencia española por sus completas especificaciones técnicas. Esta propuesta incluye cinco dimensiones, que se detallan a continuación. Las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente son los diferentes aspectos que componen esta cultura. Estas dimensiones pueden variar según la organización y el contexto, pero algunas de las dimensiones más comunes incluyen. (43).

#### **1) Dimensión “Cultura de seguridad”**

La dimensión "Cultura de seguridad" se concentra en identificar marcadores que fomenten un sentido de precaución y atención entre los pacientes. También implica rastrear la ocurrencia de eventos negativos para promover prácticas más seguras:



**Frecuencia de eventos notificados:** La frecuencia de los eventos reportados pertenece a la regularidad con la que el personal de salud reporta incidentes desfavorables. Básicamente, se refiere a la documentación creada por los sanitarios cuando surge un evento adverso o incidente relacionado con la asistencia sanitaria. (44).

**Percepción de seguridad:** La noción de percepción de seguridad pertenece a la perspectiva del personal con respecto a la importancia de su comportamiento, conducta y competencia para evitar sucesos desfavorables. (45).

## **2) Dimensión “Trabajo en equipo”**

El concepto de "trabajo en equipo" en el contexto de la atención sanitaria implica dos tipos de esfuerzos colaborativos. El primer tipo es la cooperación que se produce entre los miembros de un equipo a nivel de servicio. El segundo tipo de trabajo en equipo es la asociación que se lleva a cabo entre diferentes departamentos dentro de un hospital.

**Trabajo en equipo en la Unidad:** Cuando se habla de unidades o servicios sanitarios con un gran volumen de pacientes, el concepto de trabajo en equipo es fundamental. El trabajo en equipo se refiere a los esfuerzos sincronizados y evaluativos de los sanitarios dentro de la unidad o servicio para garantizar la mejor atención posible a los pacientes.

**Trabajo en equipo entre unidades:** La colaboración entre unidades, conocida como trabajo en equipo, abarca la sincronización, colaboración e intercambio de información que se ejecuta de forma colectiva entre varios proveedores de atención médica. El fin de este trabajo en equipo es lograr que el sujeto reciba una atención integral. (46).

### **3) Dimensión “Comunicación”**

La comunicación no es sólo la simple reciprocidad de información. Es una dimensión multifacética que abarca más que la simple transmisión de hechos. También requiere pudor y apertura en la entrega de la información, así como la capacidad de brindar comentarios constructivos y abordar los errores.

**Franqueza de la comunicación:** La transparencia de la comunicación se refiere a la información precisa y actualizada transmitida por los proveedores de atención médica y los administradores hospitalarios sobre cualquier suceso negativo relacionado con la atención médica. Esto incluye la ubicación de dichos incidentes, las medidas implementadas en respuesta y las acciones preventivas propuestas para evitar futuros incidentes.

**Feed back y comunicación sobre errores:** El acto de retroalimentar y mantener la comunicación sobre errores en la atención sanitaria se refiere a la actitud positiva de poder comunicar los riesgos potenciales que la atención sanitaria puede suponer para el bienestar de los pacientes durante las distintas etapas de la atención médica. (47).

### **4) Dimensión “Gestión y dirección”**

El aspecto de "gestión y dirección" es una dimensión crítica a tener en cuenta. Esta dimensión incluye la capacitación a nivel organizacional, la asignación de recursos humanos y el apoyo ofrecido por los ejecutivos de alto nivel.

**Aprendizaje organizacional:** El aprendizaje organizacional se refiere al proceso de aprendizaje que surge de sucesos negativos que suceden dentro de una organización o son descubiertos por dicha organización. Este proceso conduce en última instancia a una pronta

notificación y a la creación de estrategias que promuevan acciones y habilidades que prioricen la seguridad del usuario.

**Dotación de personal:** La incorporación de personal se refiere a la gestión y disposición de la fuerza laboral de una institución en correspondencia con el nivel de demanda de los usuarios y su nivel de dependencia. (48).

### **5) Dimensión “Supervisión”**

La dimensión "Supervisión" abarca una gama de puntos de vista y tareas ejecutadas por el liderazgo, así como enfoques que no implican castigo al abordar errores y dificultades que pueden surgir durante los cambios de turno.

**Expectativas y acciones de la dirección:** Las expectativas y acciones de la gerencia se refieren a su participación en diversos procesos de mejora de la seguridad que afectan el bienestar de los usuarios de los servicios de salud.

**Respuesta no punitiva a los errores:** La réplica no punitiva a los errores se refiere a situaciones en las que los profesionales no informan eventos adversos por temor a enfrentar sanciones o acciones disciplinarias. Esta reticencia a informar de estos errores puede tener graves consecuencias, ya que pueden pasar desapercibidos y potencialmente perjudicar a los pacientes. (30).

**Inconvenientes en cambios de turnos y transiciones entre servicios:** El contiguo de información que se puede perder durante los cambios de turno y transiciones de servicios

está relacionado con inconvenientes causados por una comunicación inadecuada entre los profesionales de la salud. (31).

### **Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente**

La valoración de la cultura de seguridad del paciente es un proceso complejo que requiere la participación de todos los miembros de la organización. El objetivo de la medición es comprender el estado actual de la cultura de seguridad e identificar las áreas de mejora. Existen diferentes métodos para estimar la cultura de seguridad del paciente. La elección del método de medición depende de varios factores, como el tamaño de la organización, los recursos disponibles y los objetivos de la medición. (49).

La comprobación de la cultura de seguridad en las instituciones prestadoras de salud es un proceso importante para evaluar el riesgo de errores y eventos adversos. Los resultados de esta medición pueden utilizarse para optimar la seguridad de los pacientes y protegerlos de daños. Existen diferentes cuestionarios de cultura de seguridad disponibles, cada uno con sus propias fortalezas y debilidades. (50).

Algunos de los cuestionarios más utilizados en las instituciones prestadoras de salud incluyen: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): Este cuestionario es uno de los más utilizados en todo el mundo. Fue desarrollado por el Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos. El HSOPSC consta de 42 preguntas que se agrupan en 12 dimensiones de la cultura de seguridad. También está el Patient Safety Culture Survey (PSCS): Este cuestionario fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El PSCS consta de 45 ítems que se asocian en 12 dimensiones de la cultura de seguridad. Por último, tenemos al Survey of Patient Safety Culture (SOPS): Este

cuestionario fue desarrollado por la Joint Commission International (JCI). El SOPS consta de 50 ítems que se asocian en 12 dimensiones de la cultura de seguridad. (51).

### **2.2.2. Actitud al reporte de eventos adversos**

#### **a. Conceptualización de la actitud**

El axioma ampliamente aceptado de actitud, propuesta por el mentado Dr. Allport, se ha transformado en una comprensión fundamental en este campo. Allport postula que la actitud es una disposición de la psique y del sistema nervioso que se forma mediante la culminación de experiencias individuales. Esta disposición influye profundamente en la forma en que los individuos responden a una variedad de situaciones y objetos. (52).

La definición proporcionada en este pasaje describe varios atributos clave de la actitud. Entre estos atributos se encuentra el carácter intangible del concepto o variable, que no puede observarse directamente. Además, la definición sugiere que la actitud está organizada e interconectada, incorporando elementos cognitivos, afectivos y conativos. La actitud sirve como fuerza motivadora, proporcionando dirección e impulso para la acción, aunque no debe confundirse con la acción en sí. Además, la actitud tiene un impacto tanto en la percepción como en el pensamiento, y es algo que se aprende, se sostiene y se evalúa como preferencia o aversión. Finalmente, otros dos aspectos frecuentemente integrados de los fenómenos actitudinales son la naturaleza definitoria de la identidad humana y la accesibilidad de los juicios evaluativos que se retienen en la memoria a largo plazo como resúmenes. (53).

#### **Eventos adversos en los servicios de salud**

Un evento adverso en los servicios de salud es un resultado no deseado, no intencional, que ocurre durante la atención médica. Los eventos adversos pueden causar daño al paciente, pero también pueden ser leves o incluso no tener consecuencias. La definición de evento

adverso puede variar según la organización o el país. Sin embargo, en general, los eventos adversos se clasifican en dos categorías principales. (54).

Los eventos adversos prevenibles son aquellos que podrían haberse evitado si se hubieran tomado las medidas adecuadas. Mientras que, los eventos adversos no prevenibles son aquellos que no se pudieron evitar, incluso si se hubieran tomado todas las medidas posibles. (55).

Los eventos adversos prevenibles son los que representan una mayor amenaza para la seguridad del paciente. Por lo tanto, es importante centrarse en la prevención de estos eventos. Algunos ejemplos de eventos adversos en los servicios de salud incluyen: errores de medicación, caídas, infecciones nosocomiales y errores quirúrgicos. (56).

#### **b. Contexto existente de los eventos adversos**

La situación problemática actual de los eventos adversos en los servicios de salud es que siguen siendo un problema importante que afecta a la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que entre el 4% y el 10% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de evento adverso. De estos, entre el 40% y el 60% son prevenibles. Los eventos adversos pueden causar una variedad de consecuencias para los pacientes, que pueden incluir lesiones físicas, psicológicas o incluso la muerte. También pueden tener un impacto significativo en las familias y las organizaciones de atención médica. Los factores que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos en los servicios de salud son diversos y complejos. (57).

Los errores humanos son la causa más común de eventos adversos. Estos errores pueden acontecer por una diversidad de razones, como la fatiga, la sobrecarga de trabajo o la falta de capacitación. Asimismo, los sistemas de salud también pueden contribuir a la ocurrencia de eventos adversos. Por ejemplo, los sistemas de comunicación deficientes pueden dificultar la identificación y la prevención de riesgos. Por último, una cultura de seguridad deficiente también puede contribuir a la ocurrencia de eventos adversos. Una cultura de seguridad deficiente es aquella en la que los profesionales de la salud no se sienten cómodos reportando errores o en la que no se toman medidas para prevenir que los eventos adversos se repitan. (58).

En los últimos años, se han realizado avances importantes en la comprensión y la prevención de eventos adversos. Sin embargo, sigue siendo necesario seguir trabajando para someter la incidencia de estos eventos y mejorar la seguridad de los pacientes. Algunas de las acciones que se pueden tomar para abordar la situación problemática actual de los eventos adversos en los servicios de salud incluyen: mejorar la capacitación de los profesionales de la salud, implementar sistemas de seguridad y fundar una cultura de seguridad. (59).

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

Las subescalas de la variable actitud hacia el reporte de eventos adversos en los servicios de salud se pueden agrupar en tres categorías principales:

**1) Componente cognitivo:** el componente cognitivo normalmente se denomina agrupación o categoría conceptual. La clasificación a la que se hace referencia se refiere a las diversas entidades o incidentes que provocan la disposición de una persona. Se forma a través de la categorización meticulosa y selectiva de estas entidades o incidentes. Algunos ejemplos de

signos dentro de esta clasificación son las convicciones individuales de una persona, los ideales reconocidos y los conocimientos adquiridos.

**2) Componente afectivo:** Las actitudes se pueden dividir en tres componentes, siendo el componente afectivo uno de ellos. Abarca las emociones que se evocan en respuesta a una situación social, independientemente del conocimiento previo sobre la misma. Como seres humanos, estamos motivados a buscar el placer y evadir el dolor. Como consecuencia, clasificamos las actitudes como positivas, placenteras y favorables o negativas, dolorosas y desfavorables según las emociones que provocan. El componente afectivo se puede medir a través de cuatro indicadores principales; sensibilidad, apatía, miedo y ansiedad.

**3) Componente conductual:** la sección conocida como componente conductual se refiere a las acciones en sí y a la fuerza subyacente que las impulsa hacia adelante. Este impulso surge de una colaboración multifacética entre los componentes cognitivo y afectivo y cómo se exteriorizan en forma de comportamiento. Este componente se puede identificar a través de varios indicadores, como la facilidad, la responsabilidad, el sentido de propósito y las reacciones de los demás hacia las acciones tomadas. Estos indicadores se describen en detalle en el material fuente. (60).

#### **d. Medición de la actitud al reporte de los eventos adversos**

Hay varios cuestionarios disponibles para medir la actitud al reporte de los eventos adversos. Estos cuestionarios se pueden utilizar para medir la actitud hacia el reporte de eventos adversos en diferentes grupos de profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Los resultados de estos cuestionarios



se pueden utilizar para identificar las áreas de mejora y desarrollar planes de acción para fomentar una actitud positiva al reporte de eventos adversos.

Además de los cuestionarios, también se pueden utilizar entrevistas o grupos focales para medir la actitud al reporte de eventos adversos. Estas técnicas pueden proporcionar información más detallada sobre las razones por las que los profesionales de la salud pueden estar dispuestos o no a reportar eventos adversos. (61).

## **2.3. Formulación de la hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

**Ha:** Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de cultura y seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima-2024.

**Ho:** No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción y cultura de seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima-2024.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cultura de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión trabajo en equipo de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión comunicación de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión gestión y dirección de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión supervisión de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

El método será hipotético deductivo es un método de razonamiento científico que se basa en la formulación de hipótesis y la deducción de consecuencias observables de estas hipótesis. Luego, estas consecuencias se comprueban mediante la observación o la experimentación. (62).

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

El enfoque que se usara será cuantitativo es una forma de investigación que se basa en la recopilación y el análisis de datos numéricos. Este enfoque se utiliza para estudiar una amplia gama de fenómenos, desde la psicología hasta la sociología, pasando por la economía y la política. (63).

#### **3.3. Tipo de investigación**

La investigación que se aplicara, es un tipo de investigación que se centra en la resolución de problemas prácticos o la mejora de los procesos existentes. Se basa en los resultados de la investigación básica, pero tiene como objetivo producir resultados que puedan ser utilizados de forma inmediata. (64).

#### **3.4. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación será no experimental, es un tipo de diseño de investigación que no implica la manipulación de variables independientes. En los diseños no experimentales, el investigador observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural. Un estudio

de alcance correlacional es un tipo de estudio no experimental que se utiliza para examinar la asociación entre dos o más variables. En estos estudios, el investigador no se manipulara las variables, sino que simplemente se medirá y se observara la relación entre ellas. Un estudio transversal es un tipo de estudio observacional que recopila datos de un grupo de personas en un solo momento. En este tipo de estudio, el investigador no manipula las variables, sino que simplemente las mide y observa la relación entre ellas (65).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

Será una población muestra censal, que es una población en la que todos los miembros son incluidos en la muestra. Esto significa que la muestra representa el 100% de la población, el cual estará constituida por 75 enfermeras del servicio de emergencias de un hospital de Lima, 2024.

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión**

- Enfermeras contratadas por toda modalidad.
- Enfermeras(os) con labor asistencial.
- Profesionales de enfermería de ambos sexos.
- Profesionales de enfermería que participen voluntariamente.

##### **Criterios de exclusión**

- A Enfermeras con permiso o licencia.
- Enfermeros(as) que no desean participar del estudio.
- Profesionales de enfermería con labor administrativa.
- Profesionales de enfermería que no laboran en el hospital.

### 3.6. Variables y Operacionalización

| Variable  | Definición conceptual   | Definición operacional   | Dimensiones          | Indicadores  | Escala de Medición   | Escala valorativa |         |
|---|---|--|----------------------|--|--|-------------------|---------|
| <b>V1:<br/>Percepción de la cultura de seguridad del paciente</b> | La percepción de la cultura de seguridad del paciente está determinada por el conjunto de atributos que poseen las enfermeras en cuanto a su actitud, comportamiento, conocimiento y cultura. Esto con el objetivo de brindar una atención integral, segura, rápida y de calidad, que prevenga eficazmente posibles riesgos durante la hospitalización del paciente (30). | Las responsabilidades del licenciado en enfermería en el servicio de urgencias de un hospital público abarcan una gama de procedimientos y actividades. Estos deberes tienen como objetivo garantizar que la atención de enfermería se brinde de manera segura, oportuna y de alta calidad con riesgos mínimos. La eficacia de estos esfuerzos se evaluará mediante un cuestionario Likert, con calificaciones basadas en los indicadores de "bueno", "promedio" o "malo". | Cultura de seguridad | Frecuencia de eventos<br>Percepción de seguridad                           | Comunicar errores o daños.<br>Anticipar la seguridad.                                    | Ordinal           | Malo    |
|   |   |  | Trabajo en equipo    | En la unidad / servicio<br>Entre unidades / servicios                      | Sostén, obediencia y solidaridad.<br>Contextos de demanda.                               |                   | Regular |
|   |   |  | Comunicación         | Franqueza<br>Feed back   | Colaboración y compromiso.<br>Se informa de los errores.                                 |                   | Bueno   |
|   |   |  | Gestión y dirección  | Aprendizaje organizacional<br>Dotación de personal<br>Apoyo de la gerencia | Libre de discutir los riesgos.<br>Se aprende de los errores.<br>Recurso y clasificación. |                   |         |
|   |   |  | Supervisión          | Respuesta no punitiva<br>Problemas en los cambios de turno                 | Gestión de riesgos.<br>Gestión de procesos.  |                   |         |

| Variable  | Definición conceptual   | Definición operacional  | Dimensiones           | Indicadores                                      | Escala de Medición | Escala valorativa                          |
|---|---|---|-----------------------|--|--------------------|--|
| <b>V2:<br/>Actitud al reporte de eventos adversos</b> | La forma en que las personas abordan la notificación de eventos adversos está determinada por su estado mental y emocional, que está influenciado por experiencias pasadas. Este estado de ánimo tiene un impacto significativo en cómo las personas reaccionan ante diversas situaciones y estímulos (49). | Para evaluar la variable actitud se utilizará la escala Likert. Se tratará de un listado de proposiciones donde los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de urgencias de un hospital público podrán expresar su nivel de acuerdo o desacuerdo. | Componente cognitivo  | Dogmas<br>Culturas<br>Productos                  | Ordinal            | Actitud:<br>Negativo:<br>20 a 46<br>puntos |
|   |   |   | Componente conductual | Sensibilidad<br>Indolencia<br>Recelo<br>Angustia |                    | Indiferente:<br>47 a 73<br>puntos          |
|   |   |   | Componente afectivo   | Bienestar<br>Adeudo<br>Aptitud<br>Aprobación     |                    | Positivo:<br>74 a 100<br>puntos            |

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica es la encuesta, que es una forma de recopilación de datos que se utiliza para obtener información de una muestra típica de una población.

#### **3.7.2. Descripción del instrumento**

##### **Cuestionario de percepción de la cultura de seguridad del paciente**

La herramienta utilizada para evaluar la cultura de seguridad del paciente será la versión española del cuestionario. Esta versión fue adaptada y autenticada en Perú por Núñez (61) y comprende 42 ítems individuales que se clasifican en cinco dimensiones distintas:

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

Los objetos que acabamos de mencionar están clasificados según una escala Likert que ofrece numerosas opciones, que van desde "nunca" hasta "siempre".

##### **Cuestionario de actitud hacia el reporte de eventos adversos**

El cuestionario utilizado para evaluar la perspectiva de las enfermeras en la documentación de incidentes adversos será creación de Guevara et al. (65). Esta herramienta de evaluación consta de 20 ítems, categorizados en tres dimensiones distintas:

1. Componente cognitivos: preguntas 1, 2, 3, 4,5.
2. Componente afectivo: preguntas 14, 15, 16, 17, 19, 20.

3. Componente conductual: preguntas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18.

Las declaraciones proporcionadas en esta evaluación están organizadas en un formato de escala Likert para evaluar la respuesta del participante dentro de cinco categorías distintas. Estas categorías incluyen Totalmente de acuerdo, abreviado como TA y calificado como 5, De acuerdo, abreviado como A y calificado como 4, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, abreviado como NA/ND y calificado como 3, En desacuerdo, abreviado como D y calificado como 2, y Totalmente en desacuerdo, abreviado como TD y calificado como 1.

### **3.7.3. Validación y confiabilidad**

#### **1. Validación**

Instrumento de percepción de la cultura de seguridad del paciente: El instrumento ha sido validado y aplicado en la investigación de Núñez (61), mediante 5 jueces expertos. Tiene un coeficiente de validez V de Aiken = 0,95.

Instrumento de actitud al reporte de eventos adversos: El instrumento ha sido validado y aplicado en la investigación de Guevara et al. (62), mediante 4 jueces expertos. Tiene un coeficiente de validez V de Aiken = 0,85.

#### **2. Confiabilidad**

Instrumento de percepción de la cultura de seguridad del paciente: Según Núñez (61), tiene un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach= 0,980. Lo cual denota que es un instrumento muy confiable.

Instrumento de actitud al reporte de eventos adversos: Según Guevara et al. (62), tiene un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach= 0,806. Lo cual denota que es un instrumento confiable.

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Una solicitud de permiso se dirigirá al director del hospital. Se utilizarán dos cuestionarios para recopilar datos, que luego se tabularán utilizando un libro de Excel para procesarlos con el software SPSS v. Se emplearán estadísticas descriptivas simples de frecuencias para el análisis estadístico. Estos resultados se presentarán mediante tablas claras y diagramas de barras. Para realizar el análisis inferencial se implementará el análisis Kolmogorov-Smirnov para establecer la distribución de variables y evaluar la prueba estadística para examinar la hipótesis utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

### **3.9. Aspectos éticos**

Realizar una investigación implica adherirse a principios éticos fundamentales que son parte integral del proceso. Para garantizar una investigación ética, hay ciertos puntos clave que deben considerarse cuidadosamente. En la investigación va a respetarse el principio de proporcionalidad entre las ventajas potenciales y los peligros previsibles. Se va a mantener la primacía de los derechos del sujeto sobre los intereses tanto de la ciencia como de la sociedad, como un aspecto crítico de la ética de la investigación. Antes de participar en el estudio, es imperativo que a los individuos se les presente información completa sobre los motivos del estudio, el protocolo a seguir y las posibles ventajas y desventajas. Sólo después de haber sido completamente informados los individuos pueden dar su consentimiento para participar en el estudio. En la investigación, la integridad y la honestidad son de suma importancia. Los investigadores deben mantener la honestidad en cada etapa de su



investigación, comenzando con la recopilación de datos y concluyendo con la publicación de sus hallazgos.

#### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

##### 4.1. Cronograma de actividades

| Tareas   | 2024 |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
|--|------|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|
|  | MAR  |   |   |   | ABR |   |   |   | MAY |   |   |   | JUN |   |   |   |
|  | 1    | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 |
| Tipificación del problema  |      |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Exploración bibliográfica  | X    | X | X | X | X   | X |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Preparación del componente introducción: problemático, marco referencial y objetivos |      |   | X | X | X   | X | X |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: relevancia  |      |   | X | X | X   | X | X |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: metodológico  |      |   |   |   |     | x | X |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: muestreo  |      |   |   |   |     | x | x |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: técnicas  |      |   |   |   |     | x | x |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: bioética  |      |   |   |   |     |   | x |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: estadístico   |      |   |   |   |     |   | x |   |     |   |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: presupuestal  |      |   |   |   |     |   |   |   |     | X |   |   |     |   |   |   |
| Producción del componente: Anexos  |      |   |   |   |     |   |   |   |     | X |   |   |     |   |   |   |
| Exposición y sustentáculo del proyecto   |      |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |   |     |   | X |   |

## 4.2 Presupuesto

|                                |  |               |                |
|--------------------------------|--|---------------|----------------|
| <b>POTENCIALES<br/>HUMANOS</b> | <b>PERSONAL</b>                        | <b>UNIDAD</b> | <b>TOTAL</b>   |
|                                | Palilleros tomadores de muestra        | 5             | 500            |
|                                | <b>LITERATURA</b>                      |               |                |
|                                | Tiempo de lectura                      |               | 200            |
|                                | Sub-total                              |               | <b>700</b>     |
| <b>INSUMOS<br/>MATERIALES</b>  | Impresión de documentos                | 60            | 100            |
|                                | Reproducciones                         |               | 100            |
|                                | Offset                                 |               | 100            |
|                                | Sub-Total                              |               | 300            |
|                                | <b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b>          |               |                |
|                                | Mouse óptico Genius                    | 1             | 69.00          |
|                                | Cable de datos para celular            | 1             | 39.00          |
|                                | Total                                  |               | 108.00         |
|                                | <b>SERVICIOS</b>                       |               |                |
|                                | Combustible para el auto               | 3             | 750            |
|                                | Total                                  |               | 108.00         |
|                                | Sub-total                              |               | 864.00         |
|                                | <b>El proyecto será autofinanciado</b> |               |                |
|                                | <b>TOTAL</b>                           |               | <b>3000.00</b> |

## 5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. [Internet]; enero 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
[https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. [Internet]; 9 de marzo 2019; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente: Datos y cifras. [Internet]; 11 septiembre de 2023; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Slawomirski L, Klazinga N. La economía de la seguridad del paciente: del análisis a la acción (OCDE). [Internet]; 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
5. Panagioti M, Khan K, Keers R, Abuzour A, Phipps D, et al. Prevalencia, gravedad y naturaleza del daño evitable al paciente en entornos de atención médica: revisión sistemática y metanálisis. BMJ. 2019; 366: 4185. [Internet]; 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l4185.full.pdf>
6. Ministerio de la Protección Social (MPS). Seguridad del paciente. Informe IBEAS: Sistema de información para la calidad. [Internet]; 21 de julio 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Bolet%20C3%ADn%20%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf>

7. MINSALUD: Seguridad del paciente y la atención segura. [Internet]; 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
8. Fundación para el desarrollo de la vanguardia sanitaria (FDVS). La seguridad del paciente, una preocupación a escala planetaria. [Internet]; 21 de julio 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.fidhs.org/noticia-ampliada/la-seguridad-del-paciente-una-preocupacion-a-escala-planetaria>
9. Bernal F. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. Rev. Científica Curae. 2020; 3(1): 43-52. [Internet]; enero-junio 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383/1710>
10. 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). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000600738&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600738&lng=es) .
11. López CC, Oliveira NF, Carballo 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Día Mundial de la Seguridad del Paciente. [Internet]; 2021; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2021#:~:text=17%20septiembre%20del%202021,virtud%20de%20la%20resoluci%C3%B3n%20WHA72>

13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Seguridad del Paciente. [Internet]; setiembre de 2021; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2021>
14. Astier M, Martinez V, Torijano M, Fernandez M, Bueno J, et al. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021 – 2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. Art. Original; ELSEVIER. [Internet]; octubre de 2021; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656721002584>
15. Álvarez 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). Disponible en: <https://doi.org/10.24875/gmm.19005421>
16. 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. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.488311>
17. Martínez RC. Factores relacionados con eventos adversos por medicamentos en niños hospitalizados por emergencia en cuatro instituciones de salud colombianas.

- Rev. Cubana de enfermería; vol. 37. [Internet]; Octubre de 2021. [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n4/1561-2961-enf-37-04-e3910.pdf>
18. Han Y, Kim J-S, Seo Y. Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. *Western Journal of Nursing Research*. 2020; 42(1):32-40. [Internet]; 202. [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0193945919838990>
19. Alsabri M, Boudi Z, Zoubeidi T, Alfaki IA, Levy P, Oneyji C, et al. Analysis of risk factors for patient safety events occurring in the emergency department. *J Patient Saf* [Internet]. 2022; 18(1):e124–35. Disponible en: [https://journals.lww.com/journalpatientsafety/abstract/2022/01000/analysis\\_of\\_risk\\_factors\\_for\\_patient\\_safety\\_events.26.aspx](https://journals.lww.com/journalpatientsafety/abstract/2022/01000/analysis_of_risk_factors_for_patient_safety_events.26.aspx)
20. Romero J. percepción por enfermería de la cultura de la seguridad del paciente en los servicios hospitalarios, Cerete-Córdoba, 2022. *Rev. Científica Multidisciplinar*: Vol. 8, Numero 1. [Internet]; octubre de 2021; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10469/15387>
21. Tello M, Pérez N, Torres B, Nuncio J, Pérez D, et al. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Rev. electrónica trimestral de enfermería* 2023. [Internet]; abril 2023; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/531691/339051>
22. Meléndez I, Macías M, Álvarez A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev. cubana de enfermería*, 2020; 36(2): e3239. [Internet];

- Quito Ecuador 2020; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en:  
<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/viewFile/3239/563>
23. Jaime N y Gonzales J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. Rev. Ciencias Médicas, 2021; 25(5). [Internet]; Buenos Aires Argentina 2021; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n5/1561-3194-rpr-25-05-e5229.pdf>
24. Rodríguez L, Hernández M, Alvarado L, Salazar M, López J. Percepción y actitud de la cultura de seguridad del paciente en estudiantes de enfermería. Rev. Científica Multidisciplinar [Internet]; México; setiembre de 2023; [Citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8146/12305>
25. Palomino R. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Art. original. Vol. 3, Núm. 1 pp. 27-36. [Internet]; Perú 2023; [Citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1750/1979>
26. Gallegos R. Cultura de seguridad del paciente y autopercepción de prevención de eventos adversos de los enfermeros de un hospital de emergencias, 2023. [Tesis para optar de Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener. [Citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9486/T061\\_43588658\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9486/T061_43588658_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



27. 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): 43-52. [Internet]; Perú 2020; [Citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383/1710>
28. Cruz L. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras. Servicio de cuidados intensivos. Hospital Goyeneche. Arequipa 2020. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería, con mención en Cuidados Intensivos]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. [Citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/134eff0b-2b06-453b-b97c-1742372ad736/content>
29. Gómez S. Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería de un Centro medico naval de Lima, 2020. [Tesis para optar el grado de maestro en enfermería con mención en Administración y Gestión]. Lima: Universidad Peruana Unión [Citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5258/Sandra\\_Tesis\\_Maestro\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5258/Sandra_Tesis_Maestro_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. 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>.

31. Gómez RO, Arenas GW, González VL, Garzón SJ, Mateus GE, Soto GA. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y Enfermería*. 2011; 17(3).
32. 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).
33. Arias BJH, Gómez ARD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Medicina*. 2017 julio; 31(2).
34. OMS. *La investigación en Seguridad del Paciente Ginebra: Organización Mundial de la Salud*; 2008.
35. MINSA. *Plan 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>.
36. Ceriani CJ. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la seguridad del paciente". *Archivos argentinos de pediatría*. 2009 octubre; 107(5).
37. MINSA. *Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, RM N° 143 2006 Lima: Ministerio de Salud*; 2006.
38. Reason, J. *Human Error*. New York, NY: Cambridge University Press; 1990.

39. 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.
40. *Tajfel H*. Diferenciación entre grupos sociales: Estudios en psicología social de las relaciones intergrupales. 1978. Prensa Académica.
41. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 9na edición. España: Elsevier; 2018, págs. 80-97. ISBN: 978-84-9113-339-1
42. 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://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
43. 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>.
44. 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>.

45. Cometto MC, Marcon Dal Sasso GT, Zárate RA, De Bortoli SH, Falconí C, y Gómez PF. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes (1ª ed). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
46. 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: Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026266>
47. 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>
48. 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.

49. 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).
50. Gonzales ALF, Garrido BDC, Morales BMY. Medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente en una institución de 3 niveles de la ciudad de Ibagué. Vía Innova. 2018 enero; 5(1).
51. 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.
52. Allport G. Attitudes, en Murchison. *Handbook of social psychology*, Worcester, Clark University Press. 1935.
53. 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).
54. Achury SD, Rodríguez 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).
55. 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>.

56. 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>.
57. 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.
58. 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.
59. 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/>
60. Ubillus S, Mayordomo S, y Páez D. Psicología social, cultura y educación. Ed. 2004. Pág. 301-316. ISBN 84-205-3724-1
61. Tamayo T. Metodología de la investigación. tercera edición ed. Madrid; 2008.
62. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
63. 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.

64. Núñez 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.
65. Guevara M, 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><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión cultura de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión trabajo en equipo de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión comunicación de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión gestión y dirección de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión supervisión de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima, 2024?</p> | <p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar cuál es la relación entre percepción de cultura y seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en enfermeras del servicio de emergencia de un Hospital de Lima-2024.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>Identificar la relación entre la dimensión cultura de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión trabajo en equipo de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión comunicación de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión gestión y dirección de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión supervisión de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.</p> | <p><b>Hipótesis General</b></p> <p><b>Ha:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de cultura y seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima-2024.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción y cultura de seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima-2024.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cultura de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.</p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión trabajo en equipo de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.</p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión comunicación de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.</p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión gestión y dirección de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.</p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión supervisión de la percepción de cultura y la seguridad del paciente con actitud al reporte de eventos adversos en las enfermeras del servicio de emergencia.</p> | <p><b>Variable 1:</b></p> <p><b>Percepción de la cultura de seguridad del paciente</b></p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura de seguridad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Comunicación</li> <li>• Gestión y dirección</li> <li>• Supervisión</li> </ul> <p><b>Variable 2:</b></p> <p><b>Actitud al reporte de eventos adversos</b></p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente cognitivo</li> <li>• Componente conductual</li> </ul> <p>Componente afectivo</p> | <p><b>Enfoque:</b></p> <p>Cuantitativo.</p> <p><b>Alcance:</b></p> <p>Correlacional</p> <p><b>Diseño:</b></p> <p>No Experimental</p> <p><b>Método de investigación:</b></p> <p>hipotético deductivo</p> <p><b>Población/muestra censal:</b></p> <p>Estará compuesta por una población muestra censal de 75 enfermeras de emergencias.</p> |

## Anexo 2: Instrumentos

### Instrumento 1: Cuestionario de Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente

#### I. Introducción:

Nuestra intención con este formulario es recopilar datos sobre la cultura de seguridad que existe dentro del departamento donde trabajan. Le solicitamos que responda la siguiente declaración con honestidad, en lo que respecta a este objetivo. Agradecemos su colaboración para garantizar que los comentarios que proporcione permanezcan anónimos y confidenciales. Gracias por su cooperación.

#### II. Datos Generales

|                               |                 |                          |             |                          |
|-------------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Fecha                         | Hora de inicio: |                          | Hora final: |                          |
| Edad                          |                 |                          |             |                          |
| Género                        | Masculino       | <input type="checkbox"/> | Femenino    | <input type="checkbox"/> |
| Estado civil                  |                 |                          |             |                          |
| Tiempo de servicio            |                 |                          |             |                          |
| ¿Trabaja en otra institución? | Si              | <input type="checkbox"/> | No          | <input type="checkbox"/> |

#### III. Instrucciones

Se le presentará una lista de preguntas relacionadas con sus experiencias personales. Responda con sinceridad marcando una "x" en el número que corresponda con la frecuencia de aparición de cada afirmación en el lado derecho de la oración. Además, marque su opinión sobre la afirmación en el lado izquierdo. Sólo podrá seleccionar una opción por estado de cuenta:

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

#### IV. Desarrollo

| Nº | Preguntas respecto a su Servicio o Unidad Hospitalaria:  | 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 2: Cuestionario de Actitud al reporte de eventos adversos**

### **I. Instrucciones**

Selle con una cruz (X) la afirmación que corresponda según su criterio:

5= Totalmente de Acuerdo (TA). 4= De Acuerdo (A). 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (NA/ND). 2= Desacuerdo (D). 1= Totalmente en Desacuerdo (TD)

### **II. Desarrollo**

| <b>N°</b> | <b>Enunciado</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|
|           | <b>COMPONENTE COGNITIVO:</b>   |          |          |          |          |          |
| <b>1</b>  | En el área donde trabajas, se reportan a menudo los eventos adversos.  |          |          |          |          |          |
| <b>2</b>  | El registro de un evento adverso tiene implicancia en el cuidado de enfermería.  |          |          |          |          |          |
| <b>3</b>  | El registro de un evento adverso ayuda a prevenir la recurrencia de los sucesos.   |          |          |          |          |          |
| <b>4</b>  | La socialización sobre la prevención de eventos adversos debe realizarse semanalmente y con carácter obligatorio.                        |          |          |          |          |          |
| <b>5</b>  | El registro de eventos adversos sólo se realiza, cuando ocurre un daño grave en el paciente.   |          |          |          |          |          |
|           | <b>COMPONENTE CONDUCTUAL</b>   |          |          |          |          |          |
| <b>6</b>  | Ante un evento adverso Ud. reporta y registra de inmediato el suceso, aunque este no genere consecuencias graves en el paciente.         |          |          |          |          |          |
| <b>7</b>  | Registrar un evento adverso contribuye en la mejora del actuar frente al cuidado.  |          |          |          |          |          |
| <b>8</b>  | Un evento adverso ocurre por descuido del personal que brinda el cuidado.  |          |          |          |          |          |
| <b>9</b>  | El registro de un evento adverso toma mucho tiempo.  |          |          |          |          |          |
| <b>10</b> | Considera que el llenado y registro de las fichas de eventos adversos es complicado y tedioso  |          |          |          |          |          |
| <b>11</b> | Los coordinadores del área demuestran interés y vigilan que el registro sea oportuno e inmediato en cada uno de los eventos presentados. |          |          |          |          |          |
| <b>12</b> | El reporte verbal de un evento adverso sustituye al registro y llenado del formato.  |          |          |          |          |          |
| <b>13</b> | 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?  |  |  |  |  |  |
|           | <b>COMPONENTE AFECTIVO</b>  |  |  |  |  |  |
| <b>14</b> | Al reporte de un evento adverso en tu turno, sientes que puedes ser juzgado por el jefe de servicio                                   |  |  |  |  |  |
| <b>15</b> | Ante un evento adverso grave en el paciente a tu cargo, observas manifestaciones de apoyo y solidaridad en tus compañeros de trabajo. |  |  |  |  |  |
| <b>16</b> | Si sucede un evento adverso grave en tu turno, te sientes criticado y fiscalizado por tus compañeros de trabajo.                      |  |  |  |  |  |
| <b>17</b> | La falta de motivación afecta directamente el registro oportuno de los eventos adversos.  |  |  |  |  |  |
| <b>18</b> | El reporte de eventos adversos recurrentes en tus turnos te genera sentimientos de incompetencia ante los demás.                      |  |  |  |  |  |
| <b>19</b> | Cuestiono con total libertad, la ocurrencia de un evento adverso.   |  |  |  |  |  |
| <b>20</b> | 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**

#### **Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación médica no experimental**

Título del estudio:

Nombre del investigador principal:

Institución:

Propósito del estudio:

Participantes:

Procedimientos del estudio:

Riesgos y beneficios potenciales del estudio:

Derechos de los participantes:

Confidencialidad:

Contacto del investigador:

Declaración de consentimiento:

Yo, [nombre del participante], entiendo que me han invitado a participar en un estudio de investigación no experimental titulado [título del estudio].

Me han informado que el propósito del estudio es [propósito del estudio].

Me han informado que los participantes del estudio son [participantes].

Me han informado que los procedimientos del estudio consisten en [procedimientos del estudio].

Me han informado que los riesgos potenciales del estudio incluyen [riesgos potenciales].

Me han informado que los beneficios potenciales del estudio incluyen [beneficios potenciales].

Me han informado que tengo derecho a [derechos de los participantes].

Me han informado que la información que proporcione será confidencial y que solo se utilizará para los propósitos del estudio.

Me han informado que puedo contactarme con el investigador principal, [nombre del investigador principal], en [contacto del investigador] si tengo alguna pregunta o inquietud.

Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin repercusiones.

Con base en esta información, acepto participar en este estudio.

Firma del participante:

Fecha:

Firma del investigador principal:

Fecha:



## ● 20% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 10% Internet database
- 4% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 19% Submitted Works database

### TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | <b>uwiener on 2023-10-13</b><br>Submitted works   | 2%  |
| 2 | <b>Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo on 2023-04-14</b><br>Submitted works | 1%  |
| 3 | <b>uwiener on 2023-03-05</b><br>Submitted works   | 1%  |
| 4 | <b>uwiener on 2024-06-27</b><br>Submitted works   | 1%  |
| 5 | <b>hdl.handle.net</b><br>Internet   | 1%  |
| 6 | <b>repositorio.unsa.edu.pe</b><br>Internet  | 1%  |
| 7 | <b>uwiener on 2023-10-26</b><br>Submitted works   | 1%  |
| 8 | <b>uwiener on 2024-02-25</b><br>Submitted works   | <1% |