



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Tesis

Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos en
enfermeras profesionales de un hospital de Lima, 2024

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Autora: Tinco Arcos, Fiorela


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4590-6370>

Asesora: Mg. Pretell Aguilar, Rosa María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9286-4225>

Lima – Perú


2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Fiorela Tinco Arcos egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Enfermería** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024” Asesorado por la docente: Rosa María Pretell Aguilar 18150131 ORCID 00000001-9286-4225 tiene un índice de similitud de (09) (NUEVE) % con código oid: 14912:530920832, 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
Fiorela Tinco Arcos
DNI:44766870



Firma
Rosa Maria Pretell Aguilar
DNI: 18150131

Lima, 21 de enero del 2025

Dedicatoria

“Dedico este trabajo a mi familia, cuyo apoyo constante y motivación han sido fundamentales para lograr cada paso en este proceso. A mis amigos y colegas, por su comprensión y palabras de aliento en los momentos más desafiantes. A todos los profesionales de la salud, especialmente a las enfermeras, cuya vocación y esfuerzo diario me inspiran profundamente.”

Agradecimiento

“Agradezco profundamente a mis docentes y asesores por su guía y valiosos aportes durante la realización de este proyecto. A mis compañeros de estudio, por su apoyo constante y colaboración en todo momento. Mi sincero agradecimiento también a las enfermeras profesionales que participaron en esta investigación, cuya disposición y compromiso fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo. Finalmente, a mi familia, por su incondicional apoyo y confianza en cada paso de mi formación académica.”

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice general.....	v
Índice de tablas.....	viii
Resumen.....	viii
Abstrac.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Justificación Teórica.....	5
1.4.2. Justificación Metodológica.....	5
1.4.3. Justificación Práctica.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.2. Bases teóricas.....	14

2.3. Formulación de la hipótesis.....	30
2.3.1. Hipótesis general	30
2.3.2. Hipótesis específicas.....	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	32
3.1. Método de la investigación	32
3.2. Enfoque de la investigación	32
3.3. Tipo de la investigación	32
3.4. Diseño de la investigación	32
3.5. Población, muestra y muestreo	33
3.6. Variables y operacionalización	35
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
3.7.1. Técnicas	40
3.7.2. Descripción de instrumentos	40
3.7.3. Validación.....	41
3.7.4. Confiabilidad	42
3.8. Procesamiento y análisis de datos	42
3.9. Aspectos éticos.....	43
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
4.1. Análisis descriptivo de los resultados	45
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	45
4.1.2. Prueba de hipótesis	53
4.2. Discusión de resultados.....	67
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1. Conclusiones.	77

5.2. Recomendaciones.....	79
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS	92
Anexo 01: Matriz de consistencia.....	78
Anexo 02: Instrumentos.....	88
Anexo 03: Aprobación del Comité de Ética	93
Anexo 04: Formato de consentimiento informado	94
Anexo 05: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....	96
Anexo 06: Informe del asesor de Turnitin	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis descriptivos según niveles de Cultura de seguridad del paciente.....	45
Tabla 2. Análisis descriptivos de las dimensiones de cultura de seguridad	47
Tabla 3. Análisis descriptivos según niveles del registro de eventos adversos	49
Tabla 4. Análisis descriptivos de las dimensiones del registro de eventos adversos	51
Tabla 5. Prueba de normalidad	53
Tabla 6. Interpretación de niveles de correlación Rho Spearman.....	54
Tabla 7. Análisis de relación de las variables	55
Tabla 8. Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos	57
Tabla 9. Análisis de relación entre el entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos	59
Tabla 10. Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos.....	62
Tabla 11. Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos reportados, con el registro de eventos adversos	64
Tabla 12. Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos	66

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024. **Materiales y métodos:** Fue una investigación hipotético deductivo, de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional. Las variables, cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos fueron analizadas en una población de 180 enfermeras profesionales y una muestra aleatorizada de 123 enfermeras que respondieron dos instrumentos El “Medical Office Survery on Patient Safety Culture Versión española 2.0” elaborado por Damas, para medir el nivel cultura organizacional, y el cuestionario registro para medir niveles de eventos adversos, con una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.885 para cultura organizacional y para la variable registro de EA un alfa de Cronbach de 0.937. **Resultados:** El 60,2% de las enfermeras refieren que el nivel de percepción de la cultura de seguridad es moderado, en tanto el 65.9% de las enfermeras mantienen una percepción indiferente de los registros de eventos adversos. **Conclusión:** Se encontró un nivel de significancia $0.000 < 0.05$ y la rho Spearman = 0.433, lo que significa que existe correlación positiva moderada entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Palabras clave: Cultura de seguridad, Eventos adversos, Registro de incidentes, Enfermería profesional, Gestión hospitalaria.

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between patient safety culture and the record of adverse events in professional nurses of a Hospital in Lima, 2024. **Materials and methods:** It was hypothetical deductive research, with a quantitative approach, a non-experimental cross-sectional design of a correlational type. The variables, patient safety culture and the record of adverse events were analyzed in a population of 180 professional nurses and a random sample of 123 nurses who responded to two instruments: the "Medical Office Survey on Patient Safety Culture Spanish Version 2.0" prepared by Damas, to measure the level of organizational culture, and the record questionnaire to measure levels of adverse events, with a Cronbach's alpha reliability of 0.885 for organizational culture and for the AE record variable a Cronbach's alpha of 0.937. **Results:** 60.2% of nurses report that the level of perception of the safety culture is moderate, while 65.9% of nurses maintain an indifferent perception of the records of adverse events. **Conclusion:** A significance level of $0.000 < 0.05$ and Spearman's $\rho = 0.433$ were found, which means that there is a moderate positive correlation between the patient safety culture and the record of adverse events in professional nurses at a Hospital in Lima, 2024.

Keywords: Safety culture, Adverse events, Incident recording, Professional nursing, Hospital management.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es uno de los pilares de la calidad de la atención prestada, y su promoción se basa en una cultura de seguridad fuertemente formada. La cultura de seguridad es un concepto integral que incluye valores, actitudes y prácticas destinadas a minimizar los riesgos y evitar eventos adversos mientras se provee atención sanitaria. En el caso del hospital, las enfermeras tienen un papel especial en este campo, en vista de la comunicación constante con los pacientes; son responsables de evaluar constantemente la seguridad del cuidado y aplicar medidas preventivas, así como de reportar los incidentes que amenazan la seguridad.

El registro de eventos adversos constituye una herramienta fundamental para evidenciar “fallas de diseño” en los procesos asistenciales con el fin de establecer medidas correctivas en pro de la mejora continua. No obstante, existen múltiples barreras, como la excesiva carga laboral, dónde la presión del tiempo se contrapone al otorgamiento de la priorización a la calidad y la seguridad, el miedo a represalias y la inexistencia de un sistema eficiente, que impiden registrar de manera correcta la totalidad de los eventos.

Capítulo I; aborda el planteamiento y formulación del problema, objetivos y justificación del presente estudio.

Capítulo II; comprendido como el marco teórico, el cual contiene los antecedentes nacionales e internacionales, formulación de la hipótesis y bases teóricas que la sustentan.

Capítulo III; contiene la metodología utilizada, población, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, como también el procesamiento y aspectos éticos.

Capítulo IV, revela los resultados detallando el análisis y discusión, dando a conocer lo fructífero de la investigación.

Capítulo V; brinda las conclusiones y recomendaciones destacadas de los hallazgos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los eventos adversos son incidentes en los que el paciente sufre un daño no intencionado debido a la atención médica que recibe. La Organización Mundial de la Salud señala que, en 2022, entre el 10% y el 15% de los pacientes hospitalizados en países de altos ingresos sufrieron un evento adverso cada año, y que una parte significativa podría haberse evitado si hubiese existido una cultura de seguridad robusta y un sistema de notificación de eventos adversos eficaz; además resaltó en su segundo informe mundial sobre seguridad del paciente que el registro inadecuado de eventos adversos EA es uno de los obstáculos clave en países de ingresos bajos y medios, ya que hasta el 60% de los eventos tendría lugar pero no se denuncian; esto limita la capacidad de las instituciones de salud para implementar mejoras (1).

Los datos de Europa, además de lo anteriormente mencionado, indican que la cultura de seguridad del paciente ha mejorado significativamente en los últimos años; la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo indica que entre 2020 y 2023, los diversos países lograron “fomentar un enfoque más proactivo en el reporte de eventos adversos”, entre ellos Suecia, Alemania y Francia, cuyo análisis se vio facilitado por la utilización de tecnologías de la información que permitieron mejorar la recopilación de datos y su posterior análisis (2). Asimismo, en Estados Unidos, en concordancia con la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), ha registrado un aumento del 12% en los informes de sucesos adversos vinculados a infecciones hospitalarias y fallos en la medicación (3).

En el marco de América Latina, estudios recientes señalan que entre 2022 y 2023, tanto México como Brasil mostraron una prevalencia de sucesos adversos en cerca del 8% de los usuarios en

atención médica (4). En Ecuador, el 69.7% de los expertos en salud indicaron tener dificultades significativas para informar sobre estos sucesos (5). Respecto a México, el 66.7% de los enfermeros no reportaron sucesos adversos, lo que subraya la urgencia de robustecer los sistemas de alerta y promover una cultura de protección del enfermo más fortalecida (6).

Las estadísticas también ofrecen una imagen clara y completa de la cultura de la seguridad del paciente en Perú; según el Ministerio de Salud de 2022, hubo alrededor de 1,400 EAs reportados por los hospitales nacionales; sin embargo, el subregistro se considera como mínimo alrededor del 30% (7). Además, un desafío importante para registrar los EAs mencionados es una cultura de la culpa en lugar de una cultura del aprendizaje; además, la información oficial demuestra que el 50% de todos los EAs graves ya se han registrado en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales públicos (8).

Aunque la pandemia de COVID-19 condujo a una mayor demanda de fortalecimiento de los sistemas de salud, también exacerbó los problemas existentes; de hecho, una encuesta en 2022 mostró que “el estrés y la sobrecarga laboral socavan la capacidad de las enfermeras” para obedecer los protocolos de seguridad del paciente y también registrar EAs, reduciendo la incidencia de los informes en un 20% (9). A raíz de esto, se estableció la obligatoriedad del reporte de eventos adversos y las implicaciones legales asociadas. Sin embargo, un estudio de 2023 encontró que el 62% de las enfermeras en hospitales peruanos no tienen claridad sobre los procedimientos para reportar estos eventos (10).

Por lo tanto, en el caso de un Hospital De Lima, se encuentra que las profesionales de enfermería presentan poca cultura de seguridad, y dificultad para reportar los EAs un ejemplo encontrado en las enfermeras es [falta de tiempo, por excesiva carga laboral], [notan complejidad del sistema de

registro], [tienen temor a represalias al notificar un EA], [no hay evidencia de medidas correctivas al notifica el EA], [No existe capacitación en el llenado del formato de EA], [No existe existen espacios de retroalimentación donde se pueda discutir errores sin temor a ser juzgada o castigada], entre otros.

Por todo lo destacado anteriormente, el registro de EAs es clave para la continua mejora en la asistencia sanitaria; la falta de registro y la inexactitud conllevan graves consecuencias, no solo en la seguridad del paciente, sino también en las enfermeras, ya que se ve afectada la calidad del cuidado y del progreso del sistema sanitario; es por esto que se optó este tema debido a la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad del paciente en la institución sanitaria; el objetivo de esta investigación fue proporcionar un examen detallado de esta cultura desde el punto de vista de la enfermera y cómo esto impacta en su registro de EAs.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales?

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales.

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

Para la justificación teórica, se argumentó la necesidad de robustecer la investigación en dos áreas vitales para la administración de los servicios sanitarios, tales como la seguridad del paciente y los registros de EAs; este aspecto se debe al uso de una asistencia de salud segura de buena calidad, la minimización de los factores de riesgo y la mejora de los resultados clínicos. Por un lado, el primer enfoque es apoyar a la variable 1 “cultura de seguridad del paciente” por la teoría del error de Reason o modelo de la teoría del queso suizo; el otro lado, la variable 2 “registros de eventos adversos” se sustenta en la teoría del cuidado humano de Jean Watson y su holismo.

1.4.2. Justificación Metodológica

Esta Justificación Metodológica demostró, mediante un enfoque cuantitativo, la conexión entre la cultura de seguridad del paciente y el registro de EAs. El objetivo es promover el informe de estos, para su reconocimiento y así reducir el impacto de estos, y así incrementar la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes en un hospital. A pesar de lo mencionado anteriormente, se respalda la aplicación del método hipotético/deductivo, de orientación cuantitativa, de tipo de estudio aplicada y de diseño asociativo no experimentado. Esto se debe a que para evaluar la cultura de seguridad se empleó el cuestionario de la Oficina Médica sobre la Cultura de Seguridad en los Pacientes Versión española 2.0, y para medir el registro de EAs se utilizó el cuestionario específico para el registro de sucesos adversos, ambos instrumentos validados y con parámetros de confiabilidad para el uso.

1.4.3. Justificación Práctica

Dado que los eventos adversos tienen un impacto tan grande y cuantificable en los pacientes, sus familias y el sistema de salud, este estudio tiene una justificación práctica. Por un lado, se pretende

mejorar la seguridad del paciente desde el lado de los aspectos culturales cuando se trata de seguridad y EAs dentro del hospital. Además, se fortalece la cultura organizacional empoderando a los trabajadores para trabajar en una cultura que no tema correr el riesgo de reportar EAs; a la vez, también garantiza un sistema de reporte de eventos más eficaz al evidenciar las agendas y la capacidad de los trabajadores y de la organización en general; adicionalmente, el funcionamiento del hospital podrá incluso influenciar políticas de salud basada en adecuadas prevenciones de EAs.

1.5. Limitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal.

Debido a dificultades en la recolección de datos, la investigación se llevó a cabo entre agosto 2024 a enero 2025. Debido a la espera en la autorización para la aplicación del instrumento. Se esperó hasta que la oficina de docencia e investigación entregue la carta de autorización.

1.5.2. Espacial.

La recopilación de información de la muestra se realizó mediante plataformas digitales, lo que restringió la interacción con los profesionales de enfermería, lo que impactó en la baja participación de estos, debido a la ausencia de sensibilización sobre la relevancia de este estudio.

1.5.3. Población o unidad de análisis.

A causa del acceso restringido al hospital, la muestra fue de 123 profesionales de enfermería.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales.

Se tuvieron como referentes a, **Abuosi** (11) en el año **2022**, en su estudio que tuvo como objetivo "analizar la frecuencia de notificación de eventos adversos, los factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente en dicha notificación, y las implicaciones para los centros de atención médica en Ghana". El abordaje metodológico es la de una investigación cuantitativa con un diseño no experimental, tipo multicéntrico y de cohorte transversal, de naturaleza correlacional. Para ello, se aplicó un tipo de encuesta al cuestionario sobre Seguridad del Paciente al conjunto de 1.651 profesionales de la salud. Los resultados arrojaron que la mayoría de los participantes, $n = 1.149$, con un 69.6%, había reportado al menos un evento adverso. La encuesta percutió una calificación promedio de seguridad de 2,33 y una desviación típica de 0,622. Al vincular la tasa de sucesos adversos con la cultura de seguridad del paciente, los hallazgos mostraron una correlación mínima y positiva, identificada por el coeficiente Rho de Pearson, de entre $r = .163, p < .01$; $r = .132, p < .01$; $r = .063, p < .05$; $r = .139, p < .01$; $r = .081, p < .01$; $r = .142, p < .01$ respectivamente: trabajo en equipo, aprendizaje organizativo, respuesta a errores, apoyo del supervisor, respaldo de un gestor, respaldo del hospital, respaldo del personal. Según estos datos, la investigación concluye que promover una cultura de seguridad de la paciente eficaz es esencial para mejorar la notificación de EAs, lo cual se puede realizar si se establecen pautas que rigen su ocurrencia y notificación.

Venegas et al (12) en el año **2021**, en el estudio que tuvo como objetivo "examinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en enfermeras de la UCI quirúrgica y los eventos adversos". En este estudio, de enfoque cuantitativo y diseño no experimental correlacional, se abordó a una cohorte transversal que incluyó a 113 enfermeras de UCI quirúrgicas. La recolección

de datos se efectuó a través de un cuestionario que constaba de un formulario demográfico, un formulario de eventos adversos y un cuestionario hospitalario sobre la cultura de seguridad. Los resultados mostraron que la cultura de seguridad entre las enfermeras tenía un nivel intermedio, 65%, y que la dimensión de personal era baja, 25.3%. Según las notificaciones de eventos adversos, el 30.1% de las enfermeras indican que reportaron el uso de restricciones por más de 8 horas, y el 62,7% afirma que no notificó ningún evento adverso. Se ha descubierto una correlación relevante entre la cultura de seguridad del paciente y la conexión de probabilidades de sucesos adversos odds ratio [OR] = 0.684, $P < .01$, la frecuencia de notificación de eventos adversos.316, $P = .004$, trabajo en equipo entre unidades OR 0.172, $P 0.001$; expectativas y promoción de acciones de seguridad del supervisor/gerente OR 2.242, $P = 0.039$, así como la frecuencia de notificación de errores OR = 1.903, $P = 0.032$. El estudio concluyó que las enfermeras de la UCI quirúrgica tenían una cultura de seguridad de nivel intermedio, enfrentaban EAs con frecuencia anual y reportaban bajos niveles de notificación de errores.

Lemos, et al. (13) en el año **2021**, en el estudio que tuvo como objetivo "evaluar la cultura de seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos en un equipo multiprofesional de salud de un hospital público universitario". Este es un estudio cuantitativo, no experimental y descriptivo transversal. Se compone de 331 enfermeros profesionales que participaron en el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture HSOPSC. Los hallazgos indican que en lo que respecta al reconocimiento de sucesos adversos EAs que el 39.7% fue positivo. 23.0% neutro y 37.3% negativo. También, 78.3% de los profesionales no reportaron ningún EA en los últimos 12 meses y 52.8% clasificó la seguridad del paciente como regular. Ante la pregunta de si "su supervisor o gerente promueve la seguridad y genera expectativas y acciones in este ámbito", 59.3% aseguró que estaba de acuerdo, y 67.9% no estuvo de acuerdo con "Mi supervisor / jefe no prestar suficiente

atención a los problemas de EA". En lo relacionado con el apoyo a la gestión administrativa del hospital, 28.2% afirmó que era bajo y 65.3 dijo que había problemas de seguridad. Las respuestas negativas sobre los EA predominaron con una tasa de 47.9%. El análisis de correlación mediante el chi cuadrado presentó un valor de 0.043, lo que dice que existe correlación moderada entre las variables. La investigación determinó que la valoración de la cultura de seguridad en este grupo multidisciplinario determinó que, aunque identificó tanto factores facilitadores como barreras que afectan la notificación de EAs, facilitó la planificación enfocada en la mejora de los resultados.

Barbosa, et al. (14) en el año 2020, en el estudio que tuvo como objetivo " Analizar la notificación de eventos adversos a través de la investigación sobre la cultura de seguridad del paciente". La metodología de la presente investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y transversal, en la que acudieron 97 profesionales, se les realizó un sondeo acerca de la cultura de seguridad del paciente. Los hallazgos indicaron que el 26.5% de los participantes raramente o nunca informaron sobre los errores o fallos que se detectaron y rectificaron antes de impactar al paciente; el mismo porcentaje 26.5% no advirtió y corrigió el EA antes de que este afectara al paciente y el 37.3% nunca consideró que el error, la equivocación o fallo causara daño al paciente. Respecto del número de eventos reportados en los 12 meses previos a la encuesta, el 59.0% no los reportó. La correlación de Spearman exhibió una relación moderada entre las variables ($Rho = 0.4612$, $p = 0.00001$), se mencionó también la conexión entre la seguridad del paciente y la cantidad de estudios dependiendo del periodo de contrato ($Rho = 0.4124$, $p = 0.00001$). El estudio concluyó y demostró que el concepto de actitud para notificar eventos, aunque crucial para una cultura de seguridad del paciente, todavía está muy en pañales en esta UCI para adultos, en gran parte debido al bajo nivel de trabajadores médicos y de enfermería que integra en este aspecto.

Alrasheeday, et al (18) en el año **2024**, en el estudio que tuvo como objetivo "evaluar las percepciones de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente (PSC) y su relación con los eventos adversos en Hail City, Arabia Saudita". El estudio de enfoque cuantitativo y diseño no experimental correlacional; se realizó con base en una cohorte transversal, puesta en escena de 336 enfermeras mediante tres instrumentos; respondieron a preguntas demográficas y laborales, un cuestionario de PSC y un formulario de eventos adversos. Los resultados muestran respuestas positivas de las enfermeras en las dimensiones de trabajo en equipo dentro de las unidades (76,86%) y de la 'frecuencia de eventos informados' (77,87%). Sin embargo, las respuestas son negativas en 'traspasos y transiciones' (18,75%), 'dotación de personal' (20,90%), 'respuesta no punitiva a los errores' (31,83%), 'trabajo en equipo entre unidades' (34,15%), 'expectativas del supervisor/gerente' (43,22%) y 'percepción general de la seguridad del paciente' (43,23%). Se encuentran significación con la nacionalidad, experiencia y el puesto actual en la cultura de seguridad total, con valores p de 0,015, 0,046 y 0,027, respectivamente. Adicionalmente, las enfermeras con elevadas valoraciones de PSC en áreas como 'traspasos y transiciones' y 'percepción general de la seguridad del paciente' experimentaron una reducción en la incidencia de eventos adversos, particularmente en los relacionados con medicamentos; OR 0,83, IC 95% 0,76-0,91; OR 0,75, IC 95% 0,61-0,92; $p < 0,05$. El estudio concluyó que, desde la perspectiva de enfermería, los centros hospitalarios muestran tanto fortalezas como debilidades. Entre las debilidades se destacan la baja confianza en el liderazgo, problemas en la dotación de personal, la notificación de errores y las transferencias de responsabilidad. Por lo tanto, las intervenciones deben centrarse en mejorar estas áreas para fortalecer la comunicación, el trabajo en equipo y el liderazgo, reduciendo así la incidencia de eventos adversos.

2.1.2. Nacionales.

Millones (16) en el año **2023**, en su estudio que tuvo como objetivo " analizar la relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud ". El estudio llevado a cabo es un análisis básico de carácter cuantitativo, de diseño no experimentado, de corte transversal y correlacional, con un grupo de 80 empleados de la salud, a los cuales se les proporcionó dos encuestas en el contexto teórico: Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality. Los hallazgos de esta investigación se muestran de la siguiente forma; el 65.6% de los participantes valoró la Cultura de Seguridad del Paciente de manera media; el 32.5% la valoró de alta; y el 1.9% la valoró de baja. Un 86.1% detectó limitaciones con un nivel medio y un 13.9% con un grado bajo: adicionalmente, el Factor Rho de Spearman mostró un valor de $\rho=0.222$ y $p>0.05$, corroborando así la hipótesis planteada. Así pues, existe una correlación relevante, aunque mínima y positiva, entre la cultura de seguridad del paciente y los obstáculos para la comunicación de EAs.

Bernal (17) en el año **2020**, en su estudio que tuvo como objetivo "determinar la relación entre el nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y la notificación de EAs por parte del personal asistencial de un hospital de nivel I, Lambayeque, Perú". El presente trabajo utilizó métodos observacionales con un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental correlacional. Se entregó a 91 expertos en salud el "Cuestionario de protección del usuario en los hospitales" sugerido por la Agencia de Salud, Investigación y Calidad de Estados Unidos. Respecto a sus hallazgos, el 74% de los colaboradores no ha señalado ningún suceso adverso, el 18% ha señalado entre 1 y 2 eventos, además que el 8% ha informado más de 6 sucesos negativos. En relación con la cultura de protección del paciente, acerca al trabajo colaborativo, el 76% percibió un resultado positivo, del cual el 55% no notificó ningún evento adverso. En lo que se refiere a las acciones que

la dirección toma para promover la seguridad de los pacientes, el 76% del personal encuestado informó que la dirección tenía una actitud negativa, del cual el 13% no notificó. No obstante, no se observó relación estadística entre trabajo en equipo y notificación de eventos adversos ni entre acciones de la dirección y notificación de eventos adversos. Por tanto, el estudio concluyó que el apoyo de los administradores directos es decisivo para una cultura de seguridad.

Villacis (18) en el año **2023**, en su estudio que tuvo como objetivo "determinar la relación entre la cultura de seguridad y las barreras para la notificación EAs". Este estudio presenta orientación cuantitativa, con un diseño transversal, aplicado y no experimentado de naturaleza correlativo. El grupo consistió en 109 expertos sanitarios que participaron en dos encuestas: Encuesta Hospitalaria acerca de la Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia americana AHRQ y Cuestionario de Obstáculos para la Notificación de EAs. Respecto a los obstáculos para informar sobre sucesos adversos, el 69.7% consideró un nivel elevado, el 30.3% de grado medio y no se observaron niveles bajos. El análisis inferencial efectuado mediante el índice de conexión de Sperman evidenció un alto vínculo positiva entre la cultura de protección del paciente y las limitaciones de notificación de EAs ocultas en esta investigación fue corroborada: $\rho = 0.751$, $p < 0.00$. Además, se detectó una conexión relevante entre la comunicación y las limitaciones de notificación de EAs ocultas $\rho = 0.622$, $p = 0.000$ y transferencias/transiciones, y las limitaciones de notificaciones de EAs $\rho = 0.708$, $p = 0.000$. Es decir, se demuestran relación directamente proporcional entre la Cultura de Seguridad en pacientes y las barreras para Notificar en el distrito El Empalme; de todas maneras, se aprecia que entre el resto de las barreras evidencia correlación significativa.

Tinedo (19) en el año **2020**, en su estudio que tuvo como objetivo "determinar la relación entre cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos". Este fue un estudio básico orientado cuantitativo apropiado, transversal y no experimental. El grupo de estudio consistió en dieciséis enfermeras expertas escogidas a través de un cuestionario de cultura de seguridad y una encuesta para el registro de EAs. Los hallazgos indicaron que el 25,0% del personal declara que la comunicación de su cultura de seguridad tiene grandes oportunidades, mientras que el 100,0% califica el presupuesto de personal como fortaleza. En comparación, el 100,0% de los encuestados en la dimensión personal declararon un registro inadecuado de eventos adversos. La correlación entre el nivel de notificación de sucesos adversos y la frecuencia de los eventos reportados demostró ser numéricamente relevante a través del test de chi cuadrado, $= 16,60$, $p < 0,05$. Se encontró una correlación significativa entre el nivel de notificación de sucesos adversos y el aprendizaje corporativo para el incremento continuo, $= 4,15$, $p < 0,05$, y el respaldo de la dirección $\chi^2 = 1,23$, $p > 0,05$ no fueron correlacionados. Se concluye que solo el 25,0% del personal siente que el registro de EAs es inadecuado; y el 75,0% restante siente que es adecuado.

Ayerbe (20) en el año **2021**, en su estudio que tuvo como objetivo "determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de EAs por parte del personal de enfermería". El tipo de estudio es básico con un enfoque basado en un diseño cuantitativo, utilizando un esquema transversal, no experimental, correlacional. El estudio se aplicó a 40, profesionales de enfermería que usaron una encuesta para medir el nivel de seguridad del sistema de cultura y una lista de cotejo para comprobar los registros de EAs. Los hallazgos se mostraron de esta manera: el 2.4% de los colaboradores reportaron una prevención insuficiente de incidentes adversos cuando la cultura de protección no fue suficiente, el 26.2% reportaron una precaución promedio de incidentes adversos cuando la cultura de protección no fue promedio y el 2.4% indicó una excelente

protección de EAs cuando la cultura de protección de los colaboradores era elevada. El hallazgo evidencia la conexión relevante entre la protección de sucesos adversos y la cultura de protección del paciente por parte de los cuidadores, con un P de 0.031 y un índice de vínculo Rho de Spearman de 0.8. señala que no existió una correlación significativa desde la perspectiva de la cultura de protección ofrecida por el hospital.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cultura de seguridad del paciente

2.2.1. Definiciones.

La cultura de seguridad del paciente; se puede definir como el conjunto de valores, creencias y comportamientos que comparten las organizaciones sanitarias y que influyen en cómo estas abordan la seguridad de los pacientes; es necesaria para erradicar los errores y lograr un espacio de trabajo seguro en el cuidado de la salud (21).

Esta cultura incluye el reconocimiento de los eventos adversos como oportunidades para mejorar, favoreciendo una comunicación abierta y sincera, que permita reportar errores sin temor a represalias (22).

También, esto fomenta un entorno en el que el personal de atención a la salud se mantiene seguro y mantiene un enfoque renovado en la creación de su competencia a través del entrenamiento, la implementación de protocolos del sector y el uso de tecnología segura (23).

Según el Ministerio de Salud, la cultura de seguridad del paciente es un patrón de comportamiento manifestado tanto por unidades individuales como por un grupo dentro de una organización, que es sostenido por sus creencias, actitudes y valores comunes y que tiene como objetivo minimizar el daño al paciente mientras se encuentra como paciente (24).

La Cultura de Seguridad corresponde de manera directa al entorno organizacional y prácticas institucionales en materia de salud, incluyendo relación y responsabilidad en grados de prevención en protección de los pacientes; estudios actualizados enfatizan la importancia de una aproximación holística de prevención de EAs.

Pasos para generar culturas de seguridad del paciente

Promover el compromiso organizacional con la seguridad del paciente: Los líderes han de dar ejemplo de compromiso con la seguridad del paciente a través de la adopción de directrices transparentes, la asignación de los recursos necesarios y la creación de un entorno en el que la seguridad sea la prioridad en cualquier aspecto de la actividad clínica (25).

Establecer canales de comunicación efectivos: Sumado a lo anterior, es necesario propiciar un ambiente en el que los profesionales de la salud, y especialmente las enfermeras, se sientan seguros de reportar los EAs y los errores; para ello, es vital contar con un sistema de notificación de EAs fácil de usar y accesible (26).

Promover la educación y formación continua: Garantizar que el personal de salud reciba formación continua sobre las mejores prácticas en seguridad del paciente, el uso adecuado de tecnologías seguras y la identificación de riesgos potenciales (27).

Implementar la mejora continua basada en el análisis de eventos adversos: Aprovechar los datos obtenidos de los EAs reportados no solo para subsanar los errores cometidos, sino también para identificar áreas para mejorar y desarrollar planes de acción concretos para evitar cometerlos en el futuro (28).

Fomentar el trabajo en equipo interdisciplinario: Promover una cultura de colaboración entre enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, con las decisiones clínicas que se toman teniendo la seguridad de los pacientes como principal objetivo (29).

2.2.2. Teorías sobre cultura de seguridad.

Teoría del error de Reason

El modelo del "queso suizo", también llamado Teoría del Error de Reason, argumenta que los incidentes y fallos no se originan por un solo fallo, sino por la recopilación de diversas capas de protección, cada una con "orificios" o fallos posibles. En el ámbito de la protección del paciente, la teoría del "queso" sostiene que los fallos en la atención sanitaria no se originan solamente por errores individuales, sino más bien por diversas variables sistémicas. Dichos "agujeros" en las defensas pueden ser el resultado de fallas de la organización, malas prácticas y problemas de comunicación (30).

De acuerdo con la Teoría del Error de Reason, es crucial reconocer tanto los errores activos (humanos) como las condiciones latentes (errores del sistema) para prevenir eventos adversos. La cultura organizacional debe enfocarse en fortalecer las barreras de defensa y reducir los "agujeros" en el sistema, fomentando una comunicación abierta sobre errores y promoviendo la mejora continua (31).

En esta teoría, se enfatiza que los eventos adversos son el producto de la interacción de fallas humanas y fallas sistémicas. Por lo tanto, una cultura de SP debe incorporar sistemas de notificación de AEs, con análisis regulares para encontrar y corregir fallas latentes (32).

El Modelo de cultura de seguridad del paciente

Este modelo es un enfoque integral que se centra en valores, actitudes, competencias y comportamientos específicos de los profesionales de la salud, lo que hace que juntos determinen el compromiso general de una organización con la SP. También intenta demostrar que la responsabilidad por la práctica segura del paciente es colectiva y distribuida entre los niveles de la organización (33).

El modelo identifica cinco componentes esenciales: liderazgo comprometido con la seguridad, un entorno de comunicación abierta y efectiva, formación y capacitación continua, gestión de eventos adversos, y aprendizaje organizacional. Estos componentes funcionan de manera conjunta para crear un ambiente donde los errores puedan ser detectados y corregidos rápidamente, favoreciendo la mejora continua (34).

El liderazgo es central en este modelo ya que los líderes organizacionales deben construir de manera activa un ambiente de trabajo en el que sea seguro reportar errores y la seguridad del paciente se posicione por delante de las agendas organizacionales competidoras. La notificación de EAs y el análisis de estos deben ser hechos sin reprimendas o castigo, lo que permitiría a los líderes gerente extraer lecciones de errores pasados y regular errores futuros (35).

Evolución de la cultura de seguridad del paciente:

Década de 1990: la importancia de la seguridad del paciente se incrementó en el cuidado de la salud tras la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos, *To Err is Human*, en 1999, que evidenció que los fallos médicos constituían una causa importante de fallecimiento. Por lo tanto, el concepto de la seguridad del paciente subrayó la importancia de los sistemas de salud más seguros y de alta calidad (37).

Década de 2000: En la primera década del siglo XXI, comenzó a desplazarse a la creación de una cultura organizacional adecuada de la seguridad del paciente. En muchos países, la mayoría o todas las instituciones de salud introdujeron sistemas de notificación de eventos adversos y crearon equipos de atención especializados en la calidad y la seguridad de la atención médica (38).

Década de 2010 en adelante: A medida que la tecnología avanzaba, la cultura de seguridad del paciente se expandió a través de la captura y el análisis de información sobre EAs en sistemas de información. Se ha desarrollado el concepto de “paciente informado”, que también juega un papel

importante en la seguridad del paciente. Después de 2010, también comenzó a aplicarse inteligencia artificial y sistemas de monitoreo en tiempo real para evitar errores antes de que se cometieran (39).

Hoy en día (2020-2024): La cultura de seguridad del paciente ha marcado una evolución hacia un enfoque integrado que abarca todos los grados de las organizaciones de salud. Si bien se han logrado notables avances favorable en la creación de ambientes más seguros, falta por trabajar en la comunicación y en instalar sistemas efectivos de notificación de eventos adversos (40).

Modelo español para el logro de seguridad del paciente

Este modelo diseña 7 lineamientos (41):

Cultura de seguridad a desarrollar: Comunicarse en un entorno de cultura abierta y justa, cada miembro del equipo sabrá que tiene que cumplir con sus requisitos de responsabilidad por la atención, lo que, en última instancia, conducirá a una mayor disposición para realizar intercambios de observación de errores.

Liderar y apoyar al talento: Es esencial que los líderes adopten una postura firme en cuanto a la seguridad, motivando y comprometiendo al personal, además de evaluar su implementación en cada servicio. Los líderes deben ser capaces de identificar deficiencias en cada reunión y retroalimentar al equipo.

Integrar a la seguridad en actividades contingenciales: es fundamental el plan de acción que buscare evitar fallas en la seguridad del paciente. Así, esta gestión debe caracterizarse por su integralidad y, además, debe ser capaz de ser ampliada y replicada en otras áreas de la organización.

Fomentar la notificación gracia los eventos adversos: los ajustes deben, asimismo, asegurarse de que los acontecimientos o incidentes notificables sean reportados en forma rápida, clara y precisa.

Y todo esto debe acompañarse de un sistema de información que produzca los abundantes datos necesarios para: orientar los recursos; lograr cambios; mantener a la organización en el camino correcto.

Involucrar a los usuarios: Se deben desarrollar canales para que los pacientes y sus familias puedan participar activamente en su propio cuidado a través de la comunicación abierta. Las experiencias de los usuarios pueden ser útiles para identificar riesgos y mejorar los diagnósticos.

Compartir lecciones en seguridad del paciente: El personal debe buscar las causas detrás de los incidentes de seguridad, con poca o ninguna hostilidad para con quien cometió un error. El objetivo es descubrir la raíz del problema y prevenir su repetición.

Implante soluciones de seguridad del paciente: El cambio debe estar orientado sobre las lecciones aprendidas y transformarse en un sistema o procedimiento para identificar y controlar los factores implicados en los incidentes de seguridad.

2.2.3. Dimensiones de la variable cultura de seguridad del paciente

Segun la Agency for Healthcar Reseacrh and Quality, las dimensiones fueron las siguientes (42).

a. Seguridad en el entorno laboral:

El concepto de seguridad en el trabajo en entornos clínicos se enfoca en asegurar que las actividades se desarrollen de manera que se minimicen los riesgos tanto para los pacientes como para el personal. Evaluar la seguridad implica analizar varios aspectos clave:

Percepción del compromiso con la seguridad: Los trabajadores deben percibir que la organización prioriza la seguridad en todos los aspectos del trabajo. Esto incluye mantener un ritmo de trabajo adecuado y aplicar procedimientos efectivos. Un ambiente de trabajo apresurado o desorganizado puede incrementar el riesgo de errores.

Efectividad de los procedimientos: No basta con que existan procedimientos de seguridad; deben

ser efectivos y correctamente aplicados. Además, es importante revisarlos periódicamente para asegurarse de que sigan siendo pertinentes y efectivos para minimizar riesgos.

Frecuencia de notificación de EAs: Una cultura de seguridad eficaz alienta a los empleadores a informar cualquier evento adverso, error o situación de riesgo, sin temor a represalias. La denuncia protege a los trabajadores y ayuda a los empleadores a una solución antes de que ocurran problemas catastróficos.

Sistemas de reportes: Los sistemas de reporte deben ser accesibles y eficientes, facilitando que cualquier persona pueda notificar un incidente de forma rápida y sencilla. Estos sistemas también deben garantizar un seguimiento adecuado de los incidentes reportados.

Responsabilidad individual, social e institucional: La seguridad en el lugar de trabajo yace en quienes están comprometidos con ella. Por lo tanto, cada individuo debe mantener el cumplimiento y reportar cualquier desviación, mientras que la institución proporciona los recursos en apoyo de un ambiente seguro.

b. Seguridad proporcionada por la Gerencia:

La protección que ofrece la Gerencia abarca las estrategias y medidas adoptadas por los altos mandos de una organización con el fin de garantizar que los empleados puedan desempeñar su labor en un ambiente seguro, tanto para ellos como para los pacientes. Estas iniciativas incluyen:

Desarrollo de protocolos de seguridad: Crear normativas y procedimientos claros para prevenir riesgos y reducir al mínimo los incidentes laborales que puedan perjudicar tanto al personal como a los pacientes.

Formación continua: Asegurar que el personal reciba un entrenamiento continuo sobre las prácticas de seguridad, el uso de los equipos, el manejo de emergencias y el fiel cumplimiento de

las normativas de salud.

Supervisión y evaluación de riesgos: Realizar evaluaciones constantes de las condiciones laborales y llevar a cabo auditorías para detectar y solucionar posibles peligros antes de que afecten el bienestar de empleados o pacientes.

Suministro de herramientas y equipos adecuados: garantizar que los trabajadores tengan los recursos, equipos de protección personal y tecnología que requiera para cumplir con sus deberes sin poner en riesgo su vida. Exigirían Suministro de herramientas y equipos adecuados.

Promoción de una cultura de seguridad: Incentivar un entorno laboral donde la seguridad sea una prioridad compartida por todos los niveles de la organización, fomentando la comunicación abierta sobre riesgos y soluciones.

Al poner en práctica estas medidas, la gerencia contribuye directamente a un entorno seguro, lo que no solo protege al personal, sino que también garantiza la calidad de los cuidados que se ofertan a los pacientes.

c. Seguridad a través de la comunicación:

Cuando la comunicación es efectiva se convierte en un componente fundamental en la construcción de un entorno laboral seguro y eficiente, especialmente en áreas de atención a usuarios o pacientes. Una comunicación clara, confiable y bien coordinada facilita la colaboración entre los equipos de trabajo, reduciendo errores y favoreciendo la toma de decisiones adecuadas.

Algunos puntos relevantes son:

Solución de problemas: Una comunicación abierta y fluida permite detectar problemas de manera anticipada, lo que facilita su resolución antes de que representen un riesgo para los pacientes o el equipo de trabajo.

Decisiones informadas: La transmisión de información precisa y oportuna dentro de los equipos de trabajo es vital en la adopción de buenas decisiones también contribuirá al impacto positivo sobre la vida y seguridad del paciente.

Planificación y establecimiento de metas: La comunicación clara ayuda a coordinar los esfuerzos del equipo hacia metas comunes, garantizando que todos entiendan sus funciones y los objetivos a alcanzar.

Fomento de la responsabilidad colectiva: Mantener canales de comunicación eficaces refuerza el sentido de responsabilidad compartida. Todos los miembros del equipo comprenden su rol en la seguridad y el cuidado de los usuarios, lo que disminuye los errores y mejora la eficiencia.

Confianza y cultura de seguridad: la confianza es uno de los principales elementos en la comunicación efectiva de una organización; una cultura de seguridad crea un entorno favorable para la comunicación y la realización de informes sin miedo a represalias; la confianza en la seguridad también se manifiesta a través de la calidad constante de seguridad o de los estándares de la calidad.

En total, la comunicación muestra el nivel de seguridad que se experimenta entre trabajador y empleado, creando un sistema de soporte y protección para todos los empleados y clientes.

d. Periodicidad de los eventos reportados:

La frecuencia con la que se reportan los EAs se refiere al ritmo en el que el personal responsable de una organización informa sobre los incidentes o eventos adversos; la cantidad en la presentación escrita con el fin de mejorar la seguridad para el paciente y el equipo; para la detección, análisis y corrección de las deficiencias de origen humano en equipos y sistemas que comprometen la seguridad durante el desarrollo y operación. Algunos puntos clave en esta categoría de tema son:

Facilidad para reportar incidentes: Es fundamental que el personal disponga de un mecanismo

simple y rápido para notificar cualquier incidente o evento adverso, sin miedo a represalias. Esto fomenta una mayor implicación en la detección de riesgos.

Relación entre incidentes y eventos adversos: Un evento adverso a menudo sucede cuando un incidente menor no se ha atendido a tiempo. Por ello, es crucial reportar todos los incidentes, incluso aquellos que no tengan consecuencias inmediatas, ya que pueden señalar peligros ocultos.

Sistema integral de notificación: un sistema bien organizado para notificar incidentes permite registrar, analizar y monitorear continuamente los eventos adversos; esta acción permite darse cuenta de los patrones, las instancias críticas y los aspectos deficientes de la operación que requieren ser abordados.

Asignación de recursos: Cuando una institución cuente con un registro preciso de lo que ha acontecido, y se hace de forma sistematizada con adecuadas codificaciones, puede darse la oportunidad de asignar de mejor forma sus recursos; así, puede, de forma anticipada, determinar si hace falta planificar capacitaciones, adquirir equipos de control y seguridad, entre otras acciones.

Mejora continua de la seguridad: La conservación de información en progreso y la notificación constante de los sucesos es esencial para avanzar en la protección del usuario. Sin los datos requeridos, las organizaciones no podrán tomar decisiones y, con el paso del tiempo, no será posible realizar un cambio significativo en la calidad del cuidado del paciente.

En resumen, la regularidad en la notificación de eventos adversos es crucial para crear un entorno seguro y evitar problemas futuros. Un sistema que facilite esta práctica permite a las instituciones anticiparse a los riesgos y actuar de manera efectiva.

e. Seguridad a partir de la atención inicial

La seguridad en la atención primaria se centra en cómo los esfuerzos para prevenir y gestionar riesgos comienzan desde el primer contacto del paciente con el sistema de salud. Este nivel de

atención, siendo el primero en la asistencia, debe implementar medidas preventivas que minimicen la posibilidad de eventos adversos, garantizando que los pacientes reciban una atención de calidad desde el inicio. A continuación, algunos puntos clave:

Prevención de eventos adversos desde el primer contacto: En la atención primaria, es crucial la detección temprana de riesgos y la intervención oportuna para disminuir incidencias de EAs. Una atención adecuada desde el comienzo ayuda a evitar errores en diagnóstico, tratamiento o seguimiento del paciente.

Gestión integrada de riesgos: Establecer con sistemas de gestión del riesgo en la atención primaria permiten identificar, analizar y mitigar posibles riesgos en la seguridad del usuario. Esto abarca tanto riesgos clínicos como operativos, creando un ambiente más seguro y eficiente.

Cumplimiento de estándares y protocolos: La atención primaria debe adherirse a los estándares de seguridad y calidad establecidos, asegurando que los pacientes reciban un tratamiento adecuado, respetando los protocolos diseñados para reducir los riesgos.

Dificultades para analizar eventos adversos: Uno de los grandes desafíos en el manejo de eventos adversos es el temor y la vergüenza que los profesionales de la salud pueden sentir al comunicar errores, lo que puede inhibir la transparencia y limitar las oportunidades de aprendizaje y mejora dentro de la organización.

Cultura de confianza y aprendizaje: Pese a varios retos, también es necesario fomentar una cultura de seguridad basada en la confianza; los expertos en salud deberían sentirse a gusto reportar fallos y dificultades sin miedo a represalias; de esta manera, se construye un entorno de aprendizaje acelerado que ayuda a disminuir los casos de eventos adversos.

En conclusión, la cultura de seguridad como atención inicial requiere un enfoque proactivo para prevenir riesgos desde que el paciente entra en contacto en el ámbito hospitalario; para ello, es

necesario gestionar los riesgos de manera integral, cumplir con los estándares de seguridad, y promover una cultura de confianza que permita aprender de los errores y realizar mejoras continuas.

2.2.2. Registro de EAs.

2.2.2.1. Definiciones de EAs

Un EA lo conceptualiza como cualquier situación no planificada que genera daño al paciente durante la atención médica, sin estar vinculado con el curso natural de la enfermedad. Estos eventos pueden incluir errores médicos, efectos secundarios inesperados o complicaciones imprevistas que implican con la seguridad del usuario (43).

Un EA en el ámbito sanitario hace referencia a un incidente negativo que ocurre a raíz de una intervención médica, como errores en la administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos o uso de dispositivos médicos. Se considera un evento adverso cuando el resultado negativo podría haberse evitado con una atención adecuada (44).

Los eventos adversos son incidentes inesperados que causan daño o riesgo de daño a los pacientes, y están relacionados con fallas en la atención médica, ya sea por errores humanos, fallos en el equipo médico o procesos inadecuados durante la prestación del servicio (45).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) en 2015, los eventos adversos se definen como daños no intencionados que ocurren en los pacientes, los cuales pueden empeorar la patología hasta incluso llevar a la muerte. Estos EAs también contribuyen al incremento de la tasa de hospitalizaciones y pueden suceder en diversos contextos y momentos: Como por ejemplo ocurren por procedimientos incorrectos, en pacientes equivocados o bajo procesos indebidos, debido a falta de conciencia profesional, errores en la documentación por presión o inexperiencia, y fallos en la administración de medicamentos al no seguir los principios correctos. Estos eventos pueden prolongar la estancia

hospitalaria o incluso causar la muerte (46).

Sistema de reporte de EAs

El sistema de reporte de EAs es crucial para fortificar la seguridad de los pacientes en el entorno sanitario. Esta herramienta permite a las instituciones detectar y evaluar situaciones que impactan negativamente a los pacientes, facilitando la implementación de estrategias preventivas para reducir riesgos a futuro. Cuando se produce un evento adverso, los pasos esenciales para gestionarlo incluyen: reconocer el error, reportarlo de inmediato de manera transparente, analizar sus causas y desarrollar un plan de mejora con acciones correctivas y preventivas, como formación del personal y revisión de protocolos (47). Este enfoque fomenta una cultura de seguridad y aprendizaje dentro de las instituciones, donde el objetivo no es penalizar los errores, sino aprovecharlos como oportunidades para acrecentar la cultura de calidad en la atención y prevenir futuros incidentes.

Enfermería y los registros de EAs

Los profesionales de enfermería tienen un papel clave en la seguridad del paciente y el reporte de EAs, lo anteriormente mencionado, debido a que este es el personal capacitado que se encuentra en constante contacto con el paciente. Así, su trabajo no es solo en la atención, sino en la individualización, gerencia y reporte de situaciones que puedan afectar la salud del paciente. El rol de las enfermeras se basa en la vigilancia continua, permitiendo detectar tempranamente posibles eventos adversos; en el registro preciso de incidentes para facilitar su análisis y control; en un cuidado ético, priorizando la protección del paciente; y en la capacitación continua para prevenir y manejar estos eventos, mejorando la calidad de atención (48). Los registros de EAs realizados por las enfermeras aumentan la seguridad de las instituciones de cuidado de la salud, y también ayudan a respaldar su obligación ética de proporcionar atención segura, de alta calidad y respetuosa

con los pacientes.

2.2.2.2. Teorías y modelos de registro de eventos adversos

Modelo de seguridad del paciente de Donabedian (Estructura, Proceso, Resultado).

El modelo de Calidad de la Atención en Salud de Donabedian evalúa la calidad del cuidado a través de tres pilares: **Estructura**, que abarca los recursos físicos, humanos y organizativos para asegurar la seguridad del paciente; **Proceso**, que incluye las actividades realizadas durante la atención, como el registro de eventos adversos para detectar errores y corregirlos; y **Resultado**, que mide el impacto en la salud del paciente, buscando mejorar los resultados y minimizar los errores para garantizar la seguridad (49).

Por tanto, el registro de eventos adversos es una herramienta crucial dentro del proceso para identificar y corregir fallos en los sistemas de salud, mejorando tanto los resultados del cuadro clínico como la seguridad del paciente. Documentar rigurosamente estos incidentes crea una base de aprendizaje que facilita la implementación de medidas preventivas, mejorando no solo los procesos, sino también la estructura de la atención médica.

Teoría del entorno de Nightingale

Esta teoría enfoca la importancia de un ambiente seguro y saludable para acelerar la recuperación de los pacientes, incluida en esta la ventilación, iluminación, limpieza, temperatura, y la administración del ruido. Nightingale consideraba que las enfermeras no solo debían brindar cuidados directos, sino también asegurar un entorno favorable para la salud, lo que es esencial en la prevención de infecciones y complicaciones. Su enfoque ha influido en la implementación de protocolos hospitalarios que priorizan la limpieza y la organización, contribuyendo a una atención con integridad enfocada en el logro de la seguridad y bienestar del usuario (50).

Teoría del cuidado humano de Jean Watson:

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson se centra en la concepción del cuidado con una vinculación emocional entre la enfermera y el paciente; el cuidado va más allá del bienestar físico y abarca lo emocional, espiritual y social. Al priorizar la dignidad y el respeto, Watson sostiene que un cuidado centrado en la persona puede reducir eventos adversos al permitir que las enfermeras identifiquen señales tempranas de riesgos. La empatía y la atención consciente son esenciales para prevenir complicaciones, creando un entorno seguro que reduce la ansiedad y fortalece el sistema de la cultura de seguridad del usuario (51).

2.2.2.3. Dimensiones de los registros de eventos adversos.

Las dimensiones de los registros de EAs se enfocan en el estudio del cómo se llevan a cabo el registro y la documentación de estos eventos, considerando no solo los hechos concretos, sino también las actitudes frente a dicho registro. En otras palabras, se analiza de qué manera las percepciones, creencias y predisposiciones de los individuos involucrados en el proceso de registro afectan la forma en que se informan estos eventos. En este contexto, se tiene a:

a. Componente Cognitivo: Desempeña un papel fundamental; y hace referencia al conjunto de percepciones y creencias que los individuos tienen acerca de cómo debería realizarse el registro de eventos adversos. Se trata de una estructura mental que orienta su comprensión de los procedimientos, la relevancia de reportar estos eventos y las posibles consecuencias de hacerlo, tanto positivas como negativas. Este componente abarca no solo el conocimiento técnico sobre los sistemas de registro, sino también las actitudes cognitivas respecto a la utilidad y el impacto de los registros (52).

Por ejemplo, si las personas creen que registrar un evento adverso podría generar consecuencias negativas, como sanciones o pérdida de reputación, podrían mostrarse reacias al registro. En

cambio, si perciben que el registro es una herramienta fundamental para acrecentar la calidad de vida y la seguridad, estarán más motivadas a participar activamente en el proceso (52).

b. El Componente Conductual: Hace referencia a las acciones específicas que las personas realizan en torno al registro de eventos adversos, representando el aspecto activo de su actitud. Mientras que el componente cognitivo abarca percepciones y creencias, el conductual se refleja en cómo las personas actúan frente a la tarea de registrar dichos eventos (53).

Este componente incluye las decisiones y conductas visibles que las personas adoptan al documentar, informar o incluso ignorar un evento adverso. Por ejemplo, una persona con una actitud positiva hacia el registro será diligente y precisa al llenar los informes correspondientes. En contraste, si la actitud es negativa o indiferente, puede omitir detalles o demorar el registro del evento (53).

En conclusión, el componente conductual transforma las creencias y actitudes en acciones concretas que inciden en cómo se lleva a cabo el proceso de registro, impactando así en la calidad, exactitud y frecuencia de los reportes de eventos adversos.

c. El Componente Afectivo: Hace referencia al conjunto de emociones o sentimientos que una persona experimenta hacia un objeto social, en este caso, el registro de eventos adversos. Es el elemento emocional que influye en que una persona tenga una disposición positiva o negativa frente a este proceso. Este componente se diferencia claramente de las creencias u opiniones, que están más orientadas a aspectos racionales o cognitivos (54).

El componente afectivo expresa el grado de aceptación o rechazo emocional hacia la acción de registrar eventos adversos, lo cual puede influir considerablemente en el comportamiento de la persona. Por ejemplo, alguien que sienta ansiedad o miedo al registrar un evento adverso, debido a posibles repercusiones o críticas, probablemente desarrolle una actitud más negativa y reticente

hacia el registro. En cambio, una persona que relacione el registro con mejoras en la seguridad o con un ambiente de trabajo colaborativo, puede sentir emociones positivas, como satisfacción o compromiso, lo que la llevará a tener una actitud favorable (54).

Este componente afectivo es crucial, ya que las emociones suelen tener un impacto más fuerte e influyente en la formación de actitudes que los aspectos puramente racionales o cognitivos.

2.3. Formulación de la hipótesis

1.5.4. 2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Ho: “No Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024”.

1.5.5. 2.3.2. Hipótesis específicas

H_{i1}: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H₀₁: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H_{i2}: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H₀2: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H_i3: Existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H₀3: No existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H_i4: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales.

H₀4: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales.

H_i5: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H₀5: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de estudio empleado fue el hipotético/deductivo, ya que la investigadora se planteó hipótesis que posteriormente fueron verificados mediante el proceso deductivo. Estas hipótesis también sirvieron como base para derivar nuevas conclusiones del análisis realizado en el estudio (55).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio optó por un método cuantitativo, ya que las notas y los hallazgos se expresaron de forma numérica. Por ello, los datos se recopilaron a través de encuestas, se cuantificaron y se presentan en tablas y gráficos para su análisis (55).

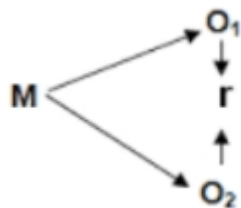
3.3. Tipo de la investigación

La investigación correspondió a un estudio de tipo aplicada, puesto que su objetivo principal fue abordar problemas prácticos o responder a preguntas concretas, utilizando para ello la recolección de datos obtenidos mediante cuestionarios (56).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño metodológico de estudio fue de tipo no experimental, que se distingue por no intervenir en las variables en estudio, lo que implicó que la investigación no se realice directamente en el campo, permitiendo que su ejecución demande pocos recursos económicos, además de mantener la estructura original del proyecto. Se llevó a cabo un diseño transversal, y el nivel de investigación fue correlacional, lo que facilitó el análisis de la relación entre dos variables en el contexto del estudio, respondiendo así a las preguntas de investigación (57).

El estudio presentó un diseño correlacional, siguiendo el siguiente esquema:

**Donde:**

M: Muestra

O1: Cultura de seguridad.

O2: Registro de eventos adversos.

r: Relación de variables.

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

El grupo de investigación se conformó por enfermeras que laboran en el departamento de enfermería de un hospital en Lima, sumando un total de 180 profesionales de enfermería.

Criterios de inclusión.

- Profesionales de enfermería dispuesto a participar firmando el asentimiento informado.
- Profesional de enfermería adscritas al departamento de enfermería.
- El personal de enfermería que se encuentren bajo el régimen de nombrados como a los contratados.

Criterios de exclusión.

- Enfermeros que no certifican el asentimiento informado.
- Profesionales de enfermería que no pertenecen al área de enfermería.
- El personal de enfermería que no se encuentren bajo el régimen de nombrados como a los

contratados.

Muestra.

Para la investigación se trabajó con 123 profesionales de enfermería que laboran en un hospital de Lima, por lo tanto, se realiza el cálculo estadístico de la muestra.

Cálculo de la muestra.

En este estudio, se identificó la población, la cual es finita, y se utilizó la información proveniente de la base de datos del área de recursos humanos y de la jefatura de enfermería para llevar a cabo el cálculo de la muestra.

Se empleó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 N p x q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p x q}$$

Donde:

n = es el tamaño de la muestra.

N = es el tamaño de la población (180).

Z = es el valor de Z según el nivel de confianza seleccionado.

p = es la proporción esperada (0.5).

q = es el complemento de p (0.5).

E = es el margen de error.

Remplazando los datos:

$$n = \frac{(1.96)^2 180 (0.5) x (0.5)}{(0.05)^2 (180) + (1.96)^2 (0.05) x (0.5)}$$

Se obtiene: N = 132

Muestreo

Es tipo probabilístico, porque se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, un método de selección en el que cada individuo de la población contó con la misma probabilidad de ser seleccionado.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Variable1: Cultura de seguridad	La cultura de seguridad del paciente alude al grupo de valores, convicciones y comportamientos que las instituciones comparten y que influyen en la forma en que estas gestionan la seguridad de los pacientes. Es crucial para evitar errores y garantizar un entorno seguro en la atención (21).	Son medidas y estilos de pensamiento fundamentados en valores internos e institucionales que persiguen y fomentan la seguridad del paciente en todos los procesos de cuidado de la salud. Esto incluye elementos como el trabajo colaborativo, la comunicación de la seguridad del paciente, acciones de dirección y administración de la seguridad, lo que se evaluará con valores finales de cultura: (58) - Cultura adecuada - Cultura moderada - Cultura inadecuada.	Seguridad en el entorno laboral	Mutuo apoyo	Ordinal Nunca=1 Casi nunca=2 A veces=3 Casi siempre=4 Siempre=5	<i>Niveles de cultura de seguridad</i> Adecuado = 74-100 Moderado = 47-73 Inadecuado = 20-46
				Personal suficiente		
				Trabajo en equipo		
				Trato con respeto		
				Medidas de precaución		
				Sobrecarga laboral		
			Seguridad proporcionada por la Gerencia	Opiniones positivas		
				Recomendaciones del equipo		
				Trabajo bajo presión		
			Seguridad a través de la comunicación	Inconvenientes relacionados con la seguridad		
				Comunica cambios		
				Cuestiona las decisiones		
				Debaten sobre los errores		
			Periodicidad de los eventos reportados	Temor a realizar preguntas		
				Informa sobre errores graves		
			Seguridad a partir de la atención inicial	Informa sobre errores menores		
Entorno seguro						
Transición de turnos						
				La seguridad es una prioridad		

				Compromiso con la seguridad		
Variable 2: Registro de eventos adversos.	Es un factor clave para comprender el mecanismo de generación de eventos adversos (lesiones relacionadas directamente con la atención) es esencial para poder prevenir su ocurrencia en el futuro (48).	Hace referencia a todas las repercusiones de daño que pueden surgir durante el proceso de atención sanitaria como, por ejemplo: lesiones provocadas por presión, caídas, uso incorrecto de fármacos, entre otros. Estos sucesos pueden tener vínculos con elementos de trabajo, personales y contextuales. Para medir su influencia, se empleará un cuestionario validado, que se medirá los resultados finales en función de: (59) - Negativo. - Indiferente - Positivo.	Elementos Cognitivos	Convicciones	Totalmente en desacuerdo. (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)	Negativo = 20-46 Indiferente = 47-73 Positivo = 74-100
				Saberes		
				Principios		
			Elementos Afectivos	Empatía		
				Indiferencia		
				Miedo		
				Inquietud		
			Elementos Conductuales	Bienestar		
				Compromiso		
				Devoción		
				Conformidad		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnicas

Se aplicó un método de encuesta para la variable cultural de seguridad del paciente y documentación de sucesos adversos. Es la técnica mediante la cual se recopila la información de los entrevistados a través de una serie de preguntas sistemáticamente formuladas que han sido validadas y consideradas confiables por algún investigador en estudios anteriores.

En relación con estas herramientas, se elaboró un cuestionario para valorar la cultura de seguridad, así como un cuestionario específico para el registro de EAs.

3.7.2. Descripción de instrumentos

a) Para medir cultura de seguridad del paciente.

El “Medical Office Survery on Patient Safety Culture Versión española 2.0” elaborado por Damas (58) fue la fuente que se tomó como referencia para reproducirlo en el contexto de la realidad peruana. El instrumento está conformado por 42 ítems que se distribuyen en 5 dimensiones: Seguridad en el entorno laboral, 18 ítems 1-18; Seguridad proporcionada por la Gerencia, 4 ítems 19-22; Seguridad a partir de la atención inicial, 11 ítems 23-33; Seguridad a través de la comunicación, 6 ítems 34-39, y Periodicidad de los eventos reportados 3 ítems 40-42.

Las contestaciones se calificaron en una escala de Likert con los siguientes valores: Nunca (1); Casi nunca (2); A veces (3); Casi siempre (4); Siempre (5). Los niveles fueron clasificados como: Inadecuada (20-46 puntos), Moderada (47-73 puntos), y Adecuada (74-100 puntos).

b) Para medir las actitudes del profesional de enfermería el registro de EA.

La herramienta para la recopilación de datos fue una escala de Likert, la cual se compone de un conjunto de declaraciones que facilitaron la evaluación de la respuesta del individuo, modificada por Guevara y Villalobos; la considerada escala de actitud se compone de 20 preguntas distribuidas en: el elemento Cognitivo, que consta de 5 ítems, el elemento conductual, que consta de 8 ítems y el elemento afectivo, que consta de 7 ítems. La actitud la escala se organizó en cinco alternativas de respuesta: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), de acuerdo (4), y totalmente de acuerdo (5).

Las escalas de calificación por componente son: Los elementos cognitivos: Negativo de 5-11 puntos, Indiferente 12-17 puntos, Positivo 18-25 puntos. Los elementos conductuales: Negativo 8-18 puntos, Indiferente 19-29 puntos, Positivo 30-40 puntos. Los elementos afectivos: Negativo 7-15 puntos, Indiferente 16-24 puntos, Positivo 25-35 puntos. En cuanto a la categorización general de la variable, será la siguiente: Negativo 20-46 puntos, Indiferente 47-73 puntos, Positivo 74-100 puntos.

3.7.3. Validación

El cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente validez de contenido tiene como referencia la versión española del “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”, donde fue validado por Damas (58). Este enfoque se fundamenta en el criterio de especialistas, en el que tanto los elementos del cuestionario cumplieron con los parámetros correctos y exactitud en cada dimensión, además de conseguir claridad, pertinencia y coherencia de la medición con la visión de los tres expertos. En contraposición, el elemento "matriz de contribución" provoca que el test binomial aplicado a un ensayo piloto de 10 participantes muestre un valor de $p = 0.02141$; este

resultado indica que el grado de concordancia ha sido significativo, por lo que se considera que tiene validez este instrumento.

Por otro lado, el cuestionario sobre la actitud de los registros de eventos adversos fue validado por Guevara y Villalobos (59), quienes obtuvieron su validez a través del juicio de tres expertos donde fue aceptado por todos. Respecto a la prueba binomial utilizada en un ensayo piloto de 10 participantes, se registró un valor de $p = 0.01768$, lo que sugiere que existe un nivel de concordancia considerable en el instrumento, razón por la cual se certificó para su uso.

3.7.4. Confiabilidad

Para la confiabilidad de los instrumentos se determinó mediante una prueba piloto a 20 profesionales de enfermería. Con la del coeficiente Alfa de Cronbach obtuvimos para los 20 ítems 0.885 de fiabilidad, indicando que el instrumento tiene un nivel de confiabilidad muy alto (58).

En cuanto al cuestionario sobre actitudes de registro de los eventos adversos obtuvo nivel de confiabilidad al calcular el coeficiente de Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0.937, clasificando a este instrumento con una confiabilidad muy alta (59).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Plan

Se gestionó la coordinación con el titular de una institución de salud para solicitar al jefe del área de docencia e investigación la aprobación del uso de las herramientas propuestas, las cuales fueron aplicados a las profesionales de enfermería. Inicialmente, se acordó una fecha en el que visitó el departamento de enfermería con el fin de comprender la situación y, posteriormente, se les pidió expresar los objetivos del estudio.

Aplicación de los instrumentos

La evaluación comenzó en noviembre de 2024, considerando y seleccionando un periodo de menor carga laboral para no interrumpir las labores de las profesionales de enfermería. La encuesta fue aplicado individualmente a cada enfermera, tras una explicación detallada sobre el propósito del estudio. Solo se procedió después de que la participante firmo la declaración de consentimiento, ya que su participación fue voluntaria y solo se aceptó tras la firma correspondiente del documento.

Análisis de la información recolectada

Para el manejo y estudio de la documentación, se otorgaron códigos consecutivos a todos los cuestionarios; se registraron los resultados de los instrumentos en una fuente de datos; se llevó a cabo el análisis estadístico utilizando el software SPSS Vr. 28 en español y se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas y las frecuencias se expresan mediante porcentajes.

Los datos se analizaron estadísticamente según la distribución en estudio con pruebas estadísticas paramétricas, y antes de someter a prueba inferencial los datos se sometieron a prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, arrojando como resultados que la normalidad en los datos no se cumple, por lo que el estadístico empleado fue el no paramétrico, y de correlación de Rho de Spearman.

3.9. Aspectos éticos

Autonomía: Se tomaron en cuenta que la enfermera profesional que trabaja en el departamento de enfermería participó de manera voluntaria en el estudio, el cual se llevó a cabo solo después de obtener su asentimiento informado por escrito. De este modo, se garantizó su protección frente a cualquier situación que pueda comprometer su ética y profesionalismo.

Beneficencia: A las participantes se les informó acerca de las metas y objetivos académicos del estudio. Los datos recopilados no fueron incentivados ni restringidos, permitiendo que cada profesional que haya participado en el estudio decida de manera autónoma. Fue responsabilidad de cada participante responder de acuerdo con su criterio sobre el tema a investigar

No maleficencia: Se evitaron cualquier conducta o procedimiento que pueda comprometer la integridad física o moral de las profesionales de enfermería que participaron voluntariamente en el estudio, garantizando así su bienestar durante todo el proceso de investigación.

Justicia: Todos los participantes fueron tratados con equidad y el mismo respeto. Se evitó cualquier comportamiento discriminatorio, y se atendieron todas las inquietudes y preguntas que surgieron antes, durante y después de la evaluación, asegurando que todos reciban un trato justo a lo largo del proceso.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.

4.1.1. Tablas y gráficos descriptivos generales.

Tabla 1

Análisis descriptivos según niveles de Cultura de seguridad del paciente en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Variable / dimensiones	Niveles	Frecuencia	%
Cultura de seguridad del paciente	Inadecuada	0	0.00%
	Moderada	74	60.2%
	Adecuada	49	39.8%

Según la información presentada en la Tabla 1, que evidencia el análisis descriptivo de la **cultura de seguridad del paciente** según el nivel en las enfermeras profesionales de un Hospital en Lima en 2024, la mayoría de las participantes, 60,2% representado por 74 de las enfermeras, considera el nivel de percepción de esta cultura a **moderado**. Además, un porcentaje significativamente más bajo, 39.8% representado por 49 de las enfermeras, describió su percepción de esta cultura como **adecuada**. En general, esto implica que, entre los participantes del estudio, las prácticas y acciones en pro de la seguridad del paciente están presentes, pero es necesario mejorar en varias áreas. Al mismo tiempo, la cultura de seguridad del paciente baja no era registrada en el estudio, lo que implica que el entorno del hospital probablemente tenga al menos algunas políticas más o menos sólidas en este campo. Por lo tanto, estos resultados generales apuntan a una tendencia positiva pero también indican que se necesita trabajar para pasar de un nivel moderado a uno adecuado para el mayor porcentaje de empleados.

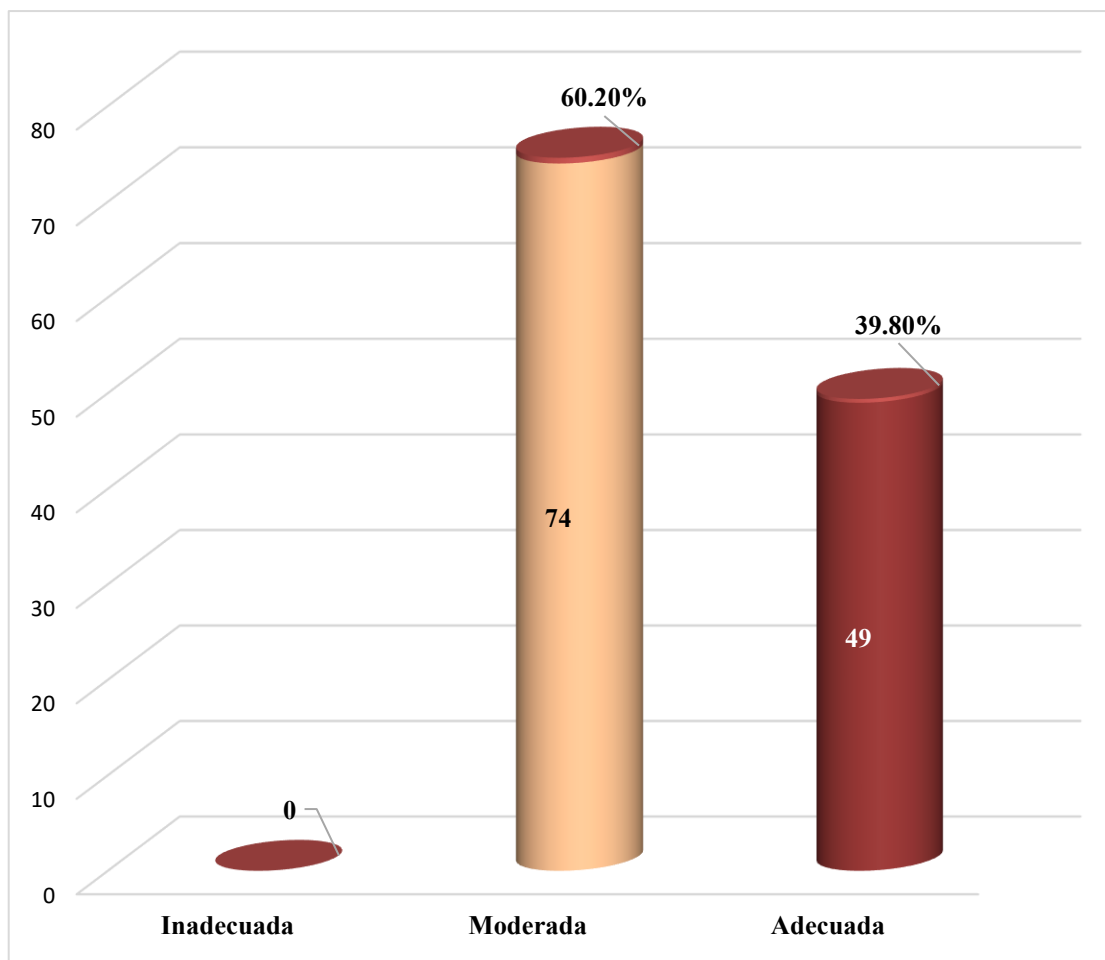


Figura 1. *Analís descriptivos según niveles de cultura de seguridad del paciente en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.*

Tabla 2

Análisis descriptivos de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Variable / dimensiones	Niveles	Frecuencia	%
Seguridad en el entorno laboral	Inadecuada	5	4.1%
	Moderada	79	64.2%
	Adecuada	39	31.7%
Seguridad proporcionada por la Gerencia	Inadecuada	0	0.0%
	Moderada	105	85.4%
	Adecuada	18	14.6%
Seguridad a través de la comunicación	Inadecuada	1	0.8%
	Moderada	115	93.5%
	Adecuada	7	5.7%
Periodicidad de los eventos reportados	Inadecuada	0	0.0%
	Moderada	37	30.1%
	Adecuada	86	69.9%
Seguridad a partir de la atención inicial	Inadecuada	0	0.0%
	Moderada	36	29.3%
	Adecuada	87	70.7%

Según la tabla 2, se puede advertir que mediante el análisis de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en las diferentes áreas evaluadas y son las siguientes:

Para la dimensión, **seguridad en el entorno laboral**: se identificó que el 64.2% representado por 79 de las enfermeras perciben un nivel **moderado**, mientras que el 31.7% representado por 39 de las enfermeras consideran que el nivel de seguridad en el entorno laboral es **adecuado**. Un menor porcentaje 4.1%, representado por 5 de las enfermeras reportaron una percepción **inadecuada**, lo que indica áreas de mejora en el ambiente de trabajo para garantizar una mayor seguridad.

Para la dimensión, **seguridad proporcionada por la Gerencia**: La mayoría un 85.4%, representado por 105 de las enfermeras evaluó esta dimensión como **moderada**, mientras que solo el 14.6% representado por 18 de las enfermeras la calificó como **adecuada**. No se registraron

percepciones **inadecuadas**, lo que podría ser reflejo de un enfoque gerencial que cumple con estándares mínimos, pero no alcanza la excelencia percibida.

Para la dimensión, **seguridad a través de la comunicación**: Este aspecto obtuvo el porcentaje más alto de percepción **moderada** con un 93.5%, representado por 115 de las enfermeras, mientras que solo el 5.7% representado por 7 de las enfermeras lo calificó como **adecuado**. Se registró un caso aislado 0.8%, representado por 1 de las enfermeras con percepción **inadecuada**, resaltando la necesidad de mejorar los canales y estrategias comunicativas para fomentar una mayor confianza y seguridad.

Para la dimensión, **periodicidad de los eventos reportados**: En esta dimensión, el 69.9% representado por 86 de las enfermeras indicó un nivel **adecuado**, lo que representa el porcentaje más alto de esta categoría en comparación con las demás dimensiones. El 30.1% representado por 37 de las enfermeras consideró que la periodicidad de los reportes es **moderada**, y no se reportaron percepciones **inadecuadas**.

Para la dimensión, **seguridad a partir de la atención inicial**: Finalmente, el 70.7% representado por 87 de las enfermeras calificó este aspecto como **adecuado**, mientras que el 29.3% representado por 36 de las enfermeras lo evaluó como **moderado**. No se identificaron percepciones **inadecuadas**, lo que refleja que la atención inicial está alineada con prácticas aceptables de seguridad.

Generalmente, las dimensiones de la comunicación y la gerencia muestran áreas críticas que necesitan fortalecimiento, ya que la mayoría de las enfermeras las perciben de manera moderada. Sin embargo, los datos revelan que la periodicidad de los eventos y la seguridad desde la atención inicial son aspectos mejor evaluados.

Tabla 3

Analís descriptivos según niveles del registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Variable / dimensiones	Niveles	Frecuencia	%
Registros de eventos adversos	Negativo	2	1.6%
	Indiferente	81	65.9%
	Positivo	40	32.5%

La Tabla 3 advierten en cuanto a la percepción sobre los **niveles de registro de eventos adversos**, se obtiene que el 65.9% representado por 81 de las enfermeras mantienen una percepción **indiferente**. Este dato puede sugerir que a pesar de que las enfermeras tienen conocimiento sobre esta fase que no es óptimo para velar por la seguridad del paciente al hospital. Es decir que más bien existen factores como la propia carga laboral, ausencia de motivación, o la falta de protocolos que hacen que los profesionales sientan indiferencia ante este punto. Asimismo, el 32.5% representado por 40 de las enfermeras manifiestan una percepción **positiva**, relacionando al factor que estas profesionales entienden que es parte de su labor y contribuyen a mejorar continuamente la seguridad y calidad de la atención del paciente. En referencia a la percepción **negativa** es casi nula 1.6% representado por 2 de las enfermeras, pudiendo relacionarse a que se presenta con temor a represalias o la utilización de la información. En resumen, la elevada proporción de indiferencia sugiere que en el hospital existe la necesidad de planes institucionales que motiven y fomenten la conducta de registro. Desde el presencialismo, de un ambiente de confianza hasta simplificar procesos son sugerencias que debe ser puesto en marcha para incentivar una conducta clave en la gestión de la seguridad del paciente.

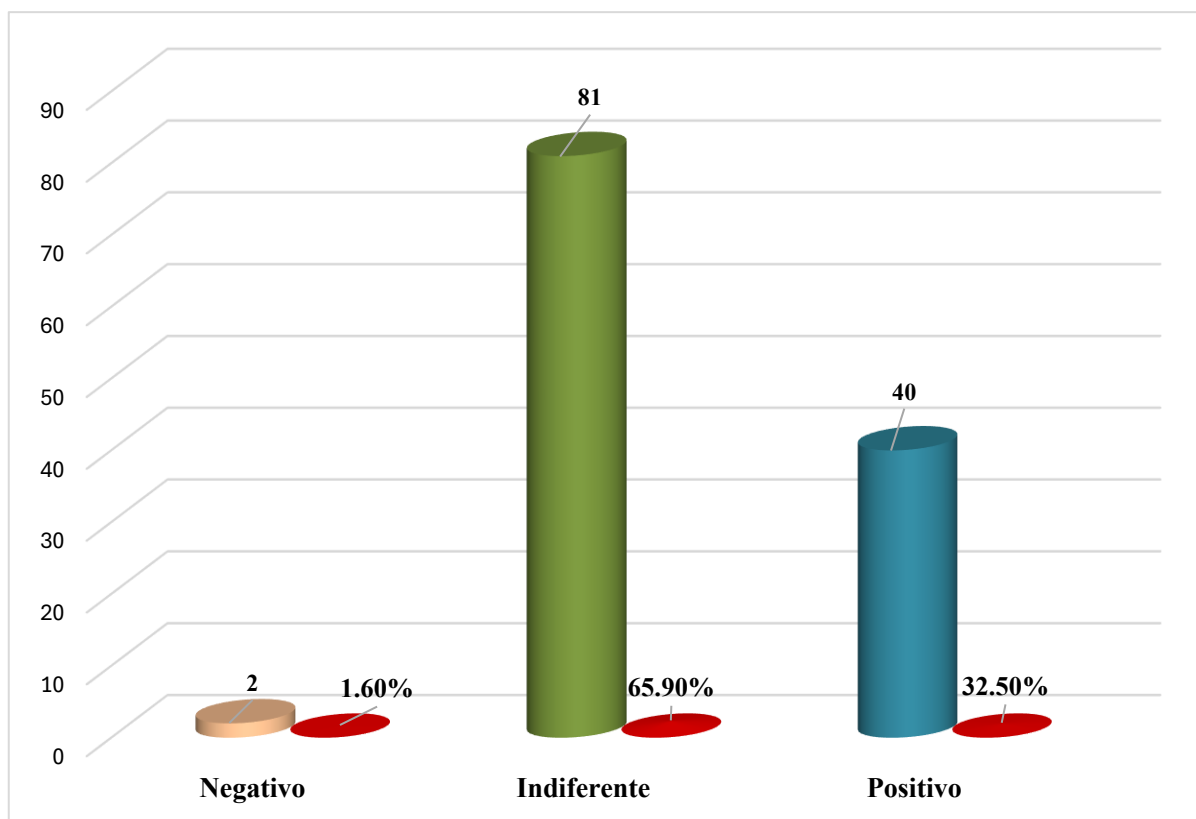


Figura 2. Niveles del registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Tabla 4

Analís descriptivos de las dimensiones del registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Variable / dimensiones	Niveles	Frecuencia	%
Elementos Cognitivos	Negativo	1	0.8%
	Indiferente	3	2.4%
	Positivo	119	96.7%
Elementos Afectivos	Negativo	6	4.9%
	Indiferente	98	79.7%
	Positivo	19	15.4%
Elementos Conductuales	Negativo	1	0.8%
	Indiferente	91	74.0%
	Positivo	31	25.2%

En la tabla 4, según los niveles de las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales relacionadas con el registro de EAs en profesionales enfermeras de un Hospital de Lima, se pueden advertir lo siguiente:

En la dimensión, **de los elementos Cognitivos**: Se advierte una percepción predominantemente y positiva con un 96.7% representado por 119 de las enfermeras, indicando que la mayoría tiene un conocimiento **positivo** y una actitud favorable hacia el registro de eventos adversos. Solo el 2.4% representado por 3 de las enfermeras presentó una percepción **indiferente**, mientras que el 0.8% representado por 1 de las enfermeras reportó una percepción **negativa**. Esto sugiere que las bases teóricas y cognitivas en el personal están bien consolidadas.

En la dimensión, de los **elementos afectivos**: se advierte que el 79.7% representado por 98 de las enfermeras tiene una actitud **indiferente**, respondiendo emocionalmente respecto al registro o una falta de compromiso afectivo. Por otro lado, el 15.4% representado por 19 de las enfermeras perciben esta dimensión de forma **positiva**, mientras que el 4.9% representado por 6 de las enfermeras percibe una actitud **negativa**. Por lo tanto, se presenta la necesidad de intervenciones

que permitan una conexión emocional y el valor de los activos de registro como una herramienta importante para la seguridad del paciente.

En la dimensión, **elementos conductuales**: se pudo advertir que el 74.0% representado por 91 de las enfermeras lo perciben como **indiferente**. Por otro lado, el 25.2% representado por 31 de las enfermeras muestran una actitud **positiva** y solo el 0.8 % representado por 1 de las enfermeras presentó una percepción **negativa**, lo que implica que, aunque existe un grupo que está verdaderamente dispuesto a actuar de manera proactiva, el grueso del personal no traduce esta actitud en conductas claras y constantes de registro.

En resumen, estos resultados subrayan que, si bien los componentes cognitivos están bastante fortalecidos, los afectivos y conductuales tienen debilidades significativas, con altas proporciones de percepciones indiferentes. En estas circunstancias, puede considerarse que, aunque se tiene suficiente conocimiento, falta una interconexión significativa entre lo que los empleados conocen, sienten y hacen con respecto al registro de EA. Un conjunto combinado de estrategias de capacitación que combinan aprender a acercarse a la técnica con estrategias motivacionales y de refuerzo conductual para promover una profunda participación en todas las dimensiones es recomendable.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Análisis de normalidad de datos

H0: Los puntajes tienen distribución normal.

H1: Los puntajes no tienen distribución normal.

Tabla 5

Prueba de normalidad de los puntajes de cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Cultura de seguridad	.090	123	.003
Registro de eventos adversos	.109	123	.000

Como se demuestra en la tabla 5, la prueba de normalidad para los puntajes totales en ambas variables. Se usó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov ya que la muestra representativa es amplia ($n=123$). En cultura de seguridad del paciente el estadístico es 0.090 con un valor $p = 0.003$. Se rechaza H_0 (valor $p < 0.05$), por lo tanto, los puntajes del estrés no están normalmente distribuidos; en cuanto a la variable de registro de eventos adversos, el estadístico es 0.109 con un valor $p = 0.000$. Se rechaza H_0 (valor $p < 0.05$); por lo tanto, los puntajes no están distribuidos normalmente. Ante estos resultados se aplicó el estadístico no paramétrico de Rho de Spearman para la prueba de las hipótesis de estudio.

Prueba de hipótesis

Conforme a lo explicado, para el contraste de hipótesis, se empleó el Rho de Spearman. En ese sentido, para la interpretación del grado de intensidad o fuerza de relación de cada contraste. Aquí, se desprende que, en la tabla 6, cuando el valor o coeficiente de relación se acercaba a 1, la fuerza o intensidad de la relación era mucho más fuerte entre las variables, y, a contrario, se aleje, la relación era más débil.

Tabla 6

Interpretación de niveles de correlación Rho Spearman

Rangos	Interpretación
- 0,81 a - 1,00	Correlación negativa perfecta
- 0,51 a - 0,80	Correlación negativa considerable
- 0,21 a - 0,50	Correlación negativa moderada
- 0,01 a - 0,20	Correlación negativa débil
0,00	Sin correlación
0,01 a 0,20	Correlación positiva débil
0,21 a 0,50	Correlación positiva moderada
0,51 a 0,80	Correlación positiva considerable
0,81 a 1,00	Correlación positiva perfecta

Fuente: (Martínez & campos 2015) (60)

Prueba de hipótesis General

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Nivel de significancia:

El grado de significancia (α) es de 0.01, lo que equivale a una fiabilidad del 99%.

Estadístico de prueba:

El nivel de correlación Rho de Spearman, respectiva a la prueba de normalidad, fue examinado para determinar si se rechaza la Ho según el valor de p .

Regla de decisión:

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la Ho.

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la Ho.

Lectura del error Tabla o cuadro

Tabla 7

Análisis de relación entre cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

			Cultura de seguridad	Registro de eventos adverso
Rho de Spearman	Cultura de seguridad	Coefficiente de correlación	1.000	,433**
		Sig. (bilateral)		.000
	Registro de eventos adversos	N	123	123
		Coefficiente de correlación	de ,433**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	123	123

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grado de relación

La tabla 7 muestra el estudio de la correlación entre las variables cultura de seguridad y registro de EAs. Teniendo en cuenta que las puntuaciones de las dos variables no poseen una distribución normal; se aplicó el coeficiente de Correlación de Spearman y como resultado fue 0.433; entonces la relación entre las variables es positiva moderada.

Decisión estadística

Se encontró que valor p ($0.000 < 0.01$); con un nivel de confiabilidad del 99 %, entonces se rechaza la hipótesis nula y se da como aceptado la alterna; los resultados confirman la hipótesis de investigación, es decir, existe correlación directa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de EAs en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Prueba de hipótesis específicas

Prueba de hipótesis específica 1

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Nivel de significancia:

El grado de significancia (α) es de 0.01, lo que equivale a una fiabilidad del 99%.

Estadístico de prueba:

El nivel de correlación Rho de Spearman, respectiva a la prueba de normalidad, fue examinado para determinar si se rechaza la H_0 según el valor de p .

Regla de decisión:

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la H_0 .

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la H_0 .

Lectura del error Tabla o cuadro

Tabla 8

Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

			Seguridad del entorno laboral	Registro de eventos adverso	
Rho de Spearman	Seguridad del entorno laboral	Coefficiente de correlación	1.000	,229**	
		Sig. (bilateral)		.011	
		N	123	123	
	Registro de eventos adversos	Coefficiente de correlación	de	,229**	1.000
		Sig. (bilateral)		.011	
		N		123	123

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grado de relación

La tabla 8 muestra el estudio de la correlación entre las variables cultura de seguridad y registro de EAs. Teniendo en cuenta que las puntuaciones de las dos variables no poseen una distribución normal; se aplicó el coeficiente de Correlación de Spearman y como resultado fue 0.229; entonces la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de EA es positiva moderada.

Decisión estadística

Se encontró que valor p ($0.000 < 0.01$); con un nivel de confiabilidad del 99 %, entonces se rechaza la hipótesis nula y se da como aceptado la alterna; los resultados confirman la hipótesis de investigación, es decir, existe conexión directa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de EAs en enfermeras profesionales.

Prueba de hipótesis específica 2

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Nivel de significancia:

El grado de significancia (α) es de 0.01, lo que equivale a una fiabilidad del 99%.

Estadístico de prueba:

El nivel de correlación Rho de Spearman, respectiva a la prueba de normalidad, fue examinado para determinar si se rechaza la H_0 según el valor de p .

Regla de decisión:

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la H_0 .

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la H_0 .

Lectura del error Tabla o cuadro

Tabla 9

Análisis de relación entre el entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

			Seguridad proporcionada por la gerencia	Registro de eventos adverso
Rho de Spearman	Seguridad proporcionada por la gerencia	Coefficiente de correlación	1.000	,302**
		Sig. (bilateral)		.001
		N	123	123
	Registro de eventos adversos	Coefficiente de correlación	,302**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	
		N	123	123

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grado de relación

La tabla 9 muestra que existe una relación entre las variables cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de EAs. Teniendo en cuenta que las puntuaciones de las dos variables no poseen una composición normal; se aplicó el coeficiente de Correlación de Spearman y es 0.302; entonces la correlación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de EAs es positiva moderada.

Decisión estadística

Se encontró que valor p ($0.000 < 0.01$); con un nivel de confiabilidad del 99 %, entonces se rechaza la hipótesis nula y se da como aceptado la alterna; los resultados confirman la hipótesis de investigación, es decir, existe relación directa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de EAs en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Prueba de hipótesis específica 3

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Nivel de significancia:

El grado de significancia (α) es de 0.01, lo que equivale a una fiabilidad del 99%.

Estadístico de prueba:

El nivel de correlación Rho de Spearman, respectiva a la prueba de normalidad, fue examinado para determinar si se rechaza la H_0 según el valor de p .

Regla de decisión:

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la H_0 .

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la H_0 .

Lectura del error Tabla o cuadro

Tabla 10

Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

			Seguridad a través de la comunicación	Registro de eventos adverso
Rho de Spearman	Seguridad a través de la comunicación	Coefficiente de correlación	1.000	,207**
		Sig. (bilateral)		.001
	N		123	123
	Registro de eventos adversos	Coefficiente de correlación	de	,207**
Sig. (bilateral)			.001	
N		123	123	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grado de relación

La tabla 10 muestra que el estudio de la correlación entre las variables cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos. Teniendo en cuenta que las puntuaciones de ambas variables carecen de una composición normal; se aplicó el nivel de Correlación de Spearman y como resultado fue 0.207; entonces la correlación es positiva moderada.

Decisión estadística

Se encontró que valor p ($0.000 < 0.01$); con un nivel de confiabilidad del 99 % entonces se rechaza la hipótesis nula y se da como aceptado la alterna; los resultados confirman la hipótesis de investigación, es decir, existe correlación directa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad por medio de la comunicación, con el registro de EA en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Prueba de hipótesis específica 4

H_a: Existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos reportados, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos reportados, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

Nivel de significancia:

El grado de significancia (α) es de 0.01, lo que equivale a una fiabilidad del 99%.

Estadístico de prueba:

El nivel de correlación Rho de Spearman, respectiva a la prueba de normalidad, fue examinado para determinar si se rechaza la H₀ según el valor de p .

Regla de decisión:

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la H₀.

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la H₀.

Lectura del error Tabla o cuadro

Tabla 11

Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos reportados, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

		Periodicidad de los eventos reportados		Registro de eventos adverso	
Rho de Spearman	Periodicidad de los eventos reportados	Coefficiente de correlación	1.000	,000	
		Sig. (bilateral)		.997	
		N	123	123	
	Registro de eventos adversos	Coefficiente de correlación	,000	1.000	
		Sig. (bilateral)	.997		
		N	123	123	

Grado de relación

La tabla 11 muestra que el estudio del vínculo entre las variables cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos reportados, con el registro de eventos adversos. Teniendo en cuenta que las calificaciones de ambas variables no poseen una composición normal; se aplicó el nivel de Correlación de Spearman y el valor fue 0.000; entonces hay ausencia de correlación entre los datos analizados.

Decisión estadística

Se encontró que valor $p = 0.000 < 0.997$; entonces se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna; por lo tanto, los resultados no confirman la hipótesis de investigación, es decir, no existe correlación directa entre la cultura de seguridad en su dimensión periodicidad de los EAs reportados, con el registro de EAs en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Prueba de hipótesis específica 5

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

H0: No Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

Nivel de significancia:

El grado de significancia (α) es de 0.01, lo que equivale a una fiabilidad del 99%.

Estadístico de prueba:

El nivel de correlación Rho de Spearman, respectiva a la prueba de normalidad, fue examinado para determinar si se rechaza la H_0 según el valor de p .

Regla de decisión:

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la H_0 .

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la H_0 .

Lectura del error Tabla o cuadro

Tabla 12

Análisis de relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

		Seguridad a partir de la atención inicial		Registro de eventos adverso	
Rho de Spearman	Seguridad a partir de la atención inicial	Coefficiente de correlación	1.000	,320**	
		Sig. (bilateral)		.000	
		N	123	123	
	Registro de eventos adversos	Coefficiente de correlación	,320**	1.000	
		Sig. (bilateral)	.000		
		N	123	123	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grado de relación

La tabla 12 muestra que el estudio de la correlación entre las variables cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de EAs. Teniendo en cuenta que las calificaciones de ambas variables no poseen una composición normal; se aplicó el nivel de Correlación de Spearman y como resultado fue 0.320; entonces la correlación es positiva moderada.

Decisión estadística

Se encontró que valor $p = 0.000 < 0.000$; entonces se rechaza la hipótesis nula y se da como aceptado la alterna; los resultados confirman la hipótesis de investigación, es decir, existe correlación directa entre la cultura de seguridad en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de EAs en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

4.2. Discusión de resultados

Esta investigación tuvo como objetivo de determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales, teniendo en consideración las dimensiones de las variables. La investigación involucró a 123 expertos en enfermería con el objetivo de descubrir la correlación entre las variables culturales de seguridad del paciente y el registro de sucesos adversos.

En consideración de los resultados según el **análisis descriptivo para la variable cultura de seguridad** en la tabla 1, se encontró la mayoría de las participantes, 60,2%, considera el nivel de percepción de esta cultura a moderado. Además, un porcentaje significativamente más bajo, 39.8%, describió su percepción de esta cultura como adecuada. Estos datos coinciden con los estudios de Lemos, et al. (13) en el 2021, evidenciaron que el reporte de eventos adversos (EA), el 39,7% de las respuestas fueron positivas, el 23,0% neutrales y el 37,3% negativas. Del mismo modo con el estudio de Millones (16) en el 2023, donde los participantes del estudio evidenciaron que el 65.6% de los participantes evaluó la cultura de seguridad del paciente como de nivel medio, el 32.5% como de nivel alto y el 1.9% como de nivel bajo. Por su parte Villacis (18) en el 2023, evidenciaron que indicaron que el 61.5% de los participantes consideró que la cultura de seguridad del paciente era de nivel medio, el 38.5% de nivel alto, y no se reportaron niveles bajos. finalmente, Venegas et al (12) en el 2021, reportaron que la cultura de seguridad entre las enfermeras tenía un nivel intermedio, alcanzando el 65% de los participantes. Estos datos se soportan teóricamente por Nieva y Sorra (33) explicó que los factores que influyen en el ambiente de seguridad refuerzan aún más la importancia de desarrollar un clima laboral seguro para que las enfermeras se sientan cómodas al reportar eventos adversos sin abuso. Esta podría ser una explicación parcial de los resultados actuales, ya que la percepción moderada de un clima de seguridad puede reflejar la

desconfianza en los sistemas de reporte accidentales. Por lo tanto, de acuerdo con la teoría de Reason (30), que introduce el concepto de “cultura de seguridad organizacional”, los resultados revelan que, aunque las enfermeras reconocen la importancia de la seguridad para el paciente, hay obstáculos o carencia de apoyo en los sistemas que dificultan el reporte apropiado. Otra narrativa recurrente en literatura es la correlación del estrés y la cultura de seguridad del paciente. De acuerdo con Feng et al. (21), el estrés laboral disminuye la habilidad del profesional de salud para identificar y reaccionar adecuadamente a los eventos adversos. En este estudio, la percepción moderada de la cultura de seguridad puede estar afectada por el nivel de estrés de las enfermeras, lo que sugiere que los factores estresantes deben tratarse en el lugar de trabajo para reducir el nivel de estrés y así mejora el ambiente de seguridad. En resumen, los resultados actuales sugieren que, aunque hay preocupación generalizada sobre la cultura de seguridad del paciente, esta es todavía limitada, lo que sugiere la necesidad de mejorar los mecanismos de reporte en eventos adversos y mitigar el ambiente de trabajo para abordar el nivel de estrés y fomentar la confianza en seguridad. Por ello, los resultados actuales reflejan los de otros estudios anteriores y destacan la necesidad de políticas y prácticas más efectivas para fomentar la cultura de seguridad en el hospital.

Por otro lado, en consideración de los resultados según el **análisis descriptivo para las dimensiones de la variable cultura de seguridad** en la tabla 2, *Dimensión seguridad en el entorno laboral*: se identificó que el 64.2% perciben un nivel moderado, mientras que el 31.7% consideran que el nivel adecuado; un menor porcentaje 4.1%, reportaron una percepción inadecuada. *Dimensión seguridad proporcionada por la gerencia*: La mayoría un 85.4%, evaluó esta dimensión como moderada, mientras que solo el 14.6% la calificó como adecuada. *Dimensión seguridad a través de la comunicación*: obtuvo el porcentaje más alto de percepción moderada con un 93.5%, mientras que solo el 5.7% lo calificó como adecuado; se registró un caso aislado 0.8%,

con percepción inadecuada. *Dimensión periodicidad de los eventos reportados*: En esta dimensión, el 69.9% indicó un nivel adecuado; el 30.1% consideró que la periodicidad de los reportes es moderada. *Dimensión seguridad a partir de la atención inicial*: El 70.7% calificó este aspecto como adecuado, mientras que el 29.3% lo evaluó como moderado. Estos datos concuerdan con el estudio **Venegas et al (12) en el 2021**, encontró que la notificación de EA, el 30,1% reportaron el uso de restricciones, contrariamente el 62,7% no notificaron ningún EA. En la misma línea el estudio de **Lemos, et al. (13) en el 2021**, encontró que el 78,3% de los profesionales no reportó ningún EA, además, el 59,3% indicó que su supervisor o gerente promueve la seguridad y genera expectativas, respecto al apoyo de la gestión hospitalaria, el 28,2% lo calificó como bajo. Por su parte **Barbosa, et al. (14) en el 2020**, demostraron que el 26,5% rara vez o nunca reportaron los EA, además, el 37,3% nunca consideró que el EA, equivocación o fallo causara daño al paciente. Estos resultados se alinean con las teorías sostenidas en el estudio y recomiendan que es necesario implantar mejores canales y procesos de comunicación, estos resultados del estudio apoyan la aseveración de Ginsburg (35) de que la comunicación inadecuada puede ser un desafío importante para la notificación de EA. Dado que más de la mitad de los encuestados piensa que la seguridad en el trabajo es moderada, suena como si el hospital no estuviera proporcionando un entorno ideal para la identificación y la eliminación de riesgos, que es uno de los aspectos destacados por AHRQ (42) como necesario para desarrollar una cultura sólida de seguridad. Así mismo, Estos hallazgos coinciden con los resultados de la investigación de Camacho-Rodríguez et al. (34) que descubrió tanto que la moderada gestión hospitalaria de seguridad tiene un impacto directo en el compromiso del personal con la seguridad del paciente. También señalaron que a pesar de que la gerencia es fundamental para la creación de una cultura segura, también implica que una percepción de apoyo insuficiente autoriza a los niveles superiores a boicotear la promoción de un entorno seguro. En

cuanto a este estudio, aunque la cultura de seguridad es percibida por las enfermeras como la más “moderada”, un porcentaje significativo no cree que se promueva lo suficiente una política de seguridad, sugiriendo un déficit en el liderazgo responsable o en la promoción de políticas y orientaciones hacia la seguridad.

Tomando la variable, **eventos adversos y sus dimensiones** en enfermeras profesionales los resultados según el análisis descriptivo en la tabla 3 y 4, fueron que el 65.9% mantienen una percepción indiferente; asimismo, el 32.5% manifiestan una percepción positiva; en lo que se refiere a la percepción negativa es casi nula 1.6%. Considerando las dimensiones del registro de EA. *Considerando la dimensión elementos Cognitivos:* Se advierte una percepción predominantemente y positiva con un 96.7%, solo el 2.4% presentó una percepción indiferente, mientras que el 0.8% reportó una percepción negativa. *En la dimensión de los elementos afectivos:* se advierte que el 79.7% tiene una actitud indiferente; por otro lado, el 15.4% perciben esta dimensión de forma positiva, mientras que el 4.9% percibe una actitud negativa. Finalmente, la *dimensión elementos conductuales:* se pudo advertir que el 74.0% lo perciben como indiferente; por otro lado, el 25.2% muestran una actitud positiva y solo el 0.8 % presentó una percepción negativa. Estos datos coinciden con los estudios de **Millones (16)** en el **2023**, aseveró con respecto a las barreras de notificación, que el 86.1% las percibió en un nivel medio y el 13.9% en un nivel bajo. Por su parte **Villacis (18)** en el **2023**, aseveró en cuanto a las barreras para la notificación de EAs, el 69.7% percibió un nivel alto, el 30.3% un nivel medio. Por otro lado, **Tinedo (19)** en el **2022**, el 100% de los encuestados reportó un registro inadecuado de eventos adversos en la dimensión personal. Estos resultados son congruentes con lo que señala Sanchez et al. (52) quienes afirman que la mayoría del personal posee una comprensión suficiente de la semántica en el entorno de seguridad del paciente y eventos adversos; sin embargo, la percepción se traduce a la

notificación; la actitud positiva hacia el componente cognitivo de la SEM sugiere que los enfermeros entienden que los eventos adversos requieren ser identificados; por lo tanto, los enfermeros parecen bien informados sobre el asunto. Según esta perspectiva, el desafío radica en cómo efectuar el cambio en la percepción. Por su parte Muñoz et al. (53), afirman que las barreras emocionales, que incluyen el miedo a las consecuencias profesionales o la crítica, tienden a causar indiferencia o generan una actitud negativa hacia el fenómeno de la notificación; por lo tanto, en este caso, la tendencia se confirma, y aunque la conciencia sobre la importancia de la seguridad del paciente existe, las actitudes afectivas siguen siendo una barrera crucial para la participación activa. Finalmente, Torres (54), afirma que la falta de comportamiento proactivo en la notificación de EA también puede estar relacionada con la ausencia de sistemas de incentivos y la normalización de errores en el ambiente laboral, algo también que se observa en este estudio.

Considerando a la **hipótesis general** en la tabla 7, se advierte que el nivel de significancia fue ($0.000 < 0.05$), en la que se admite la hipótesis alterna, lo que significa que existe correlación directa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de EAs en enfermeras, según la $\rho = .433$ quedando evidenciado que la relación es positiva moderada. Este dato es contrastado con el estudio de **Venegas et al (12) en el 2021**, quienes hallaron relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos (odds ratio [OR] = .684, $P < .01$). Así mismo con **Lemos, et al. (13) en el 2021**, en su estudio evidenció que el análisis de correlación mediante chi cuadrado un valor de .043, lo que indica una relación moderada entre las variables. De igual manera con el estudio de **Barbosa, et al. (14) en el 2020**, quienes demostraron que la correlación de Spearman mostró una relación moderada entre las variables ($Rho = 0.4612$, $p = 0.00001$). Dato contrario con el estudio de **Millones (16) en el 2023**, quien reportó que el coeficiente Rho de Spearman mostró un valor de $\rho=0.222$ y $p<0.05$, lo que confirmó que existe

una relación significativa, aunque baja y positiva. Estos datos, aunque no reflejan niveles altos a pesar de esto, la relación con moderación destaca la importancia de fortalecer la cultura organizacional en el hospital como una importante oportunidad para mejorar la identificación y el registro de incidentes. De manera similar, en su estudio, Nieva y Sorra, 2003 (33) argumentaron que una cultura de seguridad positiva puede aumentar la apertura y la transparencia al establecer una línea de base de notificación de eventos adversos. Este resultado es consistente con la teoría de Reason, 2021 (30) sobre el modelo de fallos humanos, que indica que un error de seguridad del paciente puede retener los retos en la notificación de errores y, por lo tanto, la transparencia lleva a una mejor identificación de eventos adversos. Por otro lado, Donabedian, 2023 (39) argumenta que la relación entre cultura y rendimiento, aunque significativa, puede estar mediada por otros factores organizativos como los factores de riesgo disponibles, la formación en salud y las políticas. Por ende, la correlación en los estudios tomados aquí puede variar. En resumen, los hallazgos de esta investigación concuerdan con la mayoría de la bibliografía analizada e indican que la cultura de seguridad variable influye en el registro de sucesos adversos. La evidencia sugiere que una sólida cultura de protección en el hospital puede potenciar el desempeño y la comunicación de sucesos adversos, un factor crucial para optimizar de manera constante la atención.

En la tabla 8, de la prueba de la **hipótesis específica 1** se pudo advertir un nivel de $p < 0.05$ y la $\rho = 0.229$ que da cuenta que la relación es positiva moderada entre la cultura de seguridad en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos. Este hallazgo puede contrastarse con el estudio de **Alrasheeday, et al (18) en el 2024**, advirtieron que existe correlación entre dotación de personal y registro de EA con u ($OR = 0,61$) ($p < 0,05$). Por su parte **Barbosa, et al. (14) en el 2020**, evidenció la relación entre la seguridad del paciente y el número

de informes en función del tiempo de contrato, obtuvo ($Rho=0.4124$, $p=0.00001$). Al respecto de estos hallazgos se sostienen por la teoría de Reason, 2021 (30), que enfatiza la importancia de la cultura organizativa para mejorar la seguridad, también se refleja en los hallazgos del estudio. Reason argumenta que una fuerte cultura de seguridad bien desarrollada fomenta la comunicación, la formación continua y un entorno en el que los errores son reportados sin temor a represalias. Teniendo en cuenta la relación moderada positiva entre los dos, se podría argumentar que un lugar de trabajo seguro, apoyado por la organización y el manejo adecuado de los recursos, mejora sustancialmente la identificación y el registro de eventos adversos. A través de estrategias para mejorar la seguridad en el lugar de trabajo, el cuidado se incrementará significativamente, así como la notificación de EA. Además, las ideas de Donabedian, 2023 (39) en relación con la calidad de la atención y el sistema de registro de eventos adversos también se reflejan en los resultados del estudio. Al subrayar la importancia de los procesos y estructuras en los sistemas de atención de salud y qué tan importantes resultan en la seguridad del paciente, una relación positiva moderada entre una cultura fuerte versus un registro débil dicta que los sistemas de salud lograrán mejores logros si fomentan una cultura fuerte. Con el respaldo de un lugar de trabajo seguro y el compromiso organizativo con la seguridad de los pacientes, la notificación solo puede restablecerse y mejorarse; al comparar con investigaciones previas, se muestra la validación de estos datos y la necesidad de continuar promoviendo una cultura organizativa.

En la tabla 9, de la prueba de la **hipótesis específica 2** se pudo advertir un nivel de $p<0.05$ y la $rho=0.302$ que da cuenta que la relación es positiva moderada entre la cultura de seguridad en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de EAs. Este hallazgo puede contrastarse con el estudio de **Abuosi (11) en el 2022**, advirtieron que existe correlación sobre el respaldo de la gestión hospitalaria ($r = .081$, $p < .01$) y el personal ($r = .142$, $p < .01$). Por su parte

Tinedo (19) en el 2022, evidenció relación estadística significativa entre el registro de eventos adversos y el apoyo de la gerencia ($X^2=1.23$, $P>0.05$). Al respecto de estos hallazgos los marcos teóricos de la seguridad del paciente, como el de Reason 2021 (30), también pueden ayudar a interpretar estos resultados. Reason sostiene que la seguridad hospitalaria puede mejorarse a través de una cultura sólida, liderazgo comprometido y una estructura institucional que facilite la transparencia y el aprendizaje sobre los errores; según Reason, los sistemas de seguridad en salud deben diseñarse de tal manera que no solo se minimicen los errores, sino que también se maximicen las condiciones para que los errores se informen y analicen sin culpas y castigos. Por otro lado, la teoría de entorno de Nightingale (50) brinda otro marco para interpretar este resultado; Nightingale creía en la importancia de un entorno de trabajo saludable y bien administrado como un vehículo para garantizar la prestación de atención de calidad; aunque su teoría se centraba en el entorno físico, el principio puede extenderse al entorno organizacional, donde los gerentes son críticos para crear condiciones para la seguridad del paciente. Algunas perspectivas adicionales sugieren que las vías de seguridad directa de Nieva y Sorra, 2003 (33) tienen un impacto directo en la percepción de la importancia de notificar eventos adversos; argumentan que los gerentes visibles y comprometidos con la seguridad son más propensos a instituir una cultura abierta que aliente a los profesionales a notificar eventos adversos, lo que se refleja en la relación discutida aquí.

En la tabla 10, de la prueba de la **hipótesis específica 3** se pudo advertir un nivel de $p<0.05$ y la $\rho=0.207$ que da cuenta que la relación es positiva moderada entre la cultura de seguridad en su dimensión seguridad por medio de la comunicación, con el registro de EAs. Este hallazgo puede contrastarse con el estudio de **Barbosa, et al. (14) en el 2020**, advirtieron que existe correlación entre la seguridad del paciente y el número de informes obtuvo ($Rho = 0.4124$, $p = 0.00001$). Por

su parte **Villacis (18) en el 2023**, encontró una correlación significativa entre la comunicación y las barreras de notificación ($\rho=0.622$, $p=0.000$). Al respecto de estos hallazgos los marcos teóricos de Donabedian, 2023 (39), sobre la calidad de la atención sanitaria señala que la infraestructura organizacional, las relaciones interpersonales y los procesos de trabajo impactan en la eficacia del sistema de salud. En este sentido, este enfoque concuerda con los resultados presentados en este estudio, pues la mera organización hospitalaria y la facilidad de reportar a través de una cultura de la comunicación fortalecida resultan determinantes para el registro de los eventos adversos. Por otro lado, Nieva y Sorra, 2003 (33), plantean que las barreras de comunicación en los equipos de salud imposibilitan la gestión de los problemas de seguridad del paciente, lo que se manifiesta en la calidad del cuidado y el pobre registro de eventos adversos. En consecuencia, el valor moderado de ρ en este estudio sugiere que la relación existe, pero no es de manera total, implicando que hay otros y múltiples factores que pudieran estar interfiriendo en esta influencia, tales como políticas, la educación continua y la formación. Por último, la Teoría del Entorno de Nightingale (50), postula crear un entorno de trabajo saludable y seguro para los profesionales de la salud, esto se ve corroborada con los hallazgos; Nightingale afirmó que un ambiente de trabajo saludable y adecuado crea atención, lo cual es captado en el indicio de que la cultura hospitalaria y de trabajo de la que provea la seguridad a través de la comunicación impactará el registro de eventos adversos. A medida que la seguridad hospitalaria se ve fortalecida, en conjunto con un sistema de seguridad de denuncias fuerte permiten un fortalecido y sistemático registro de eventos adversos, de modo que se puede afirmar que el bienestar de los pacientes y de los trabajadores está siendo resguardado.

En la tabla 12, de la prueba de la **hipótesis específica 5** se pudo advertir un nivel de $p<0.05$ y la $\rho=0.320$ que da cuenta que la relación es positiva moderada entre la cultura de seguridad en

su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de EAs. Este hallazgo puede contrastarse con el estudio de **Villacis (18) en el 2023**, advirtieron que existe correlación entre la seguridad del paciente y el número de informes obtuvo ($Rho = 0.4124$, $p = 0.00001$). Por su parte **Villacis (18) en el 2023**, correlación positiva alta entre la cultura de seguridad del paciente y las transferencias/transiciones iniciales con una ($\rho=0.708$, $p=0.000$). estos datos guardan relación teóricamente con los postulados de la teoría del entorno de Nightingale (50), quien proporciona una vista adicional sobre el concepto, ya que también puede considerarse un modelo que enfatiza la influencia del entorno físico y organizacional en la seguridad del paciente; Nightingale argumentó que la calidad del entorno, que se refiere a la limpieza, la ventilación y cómo se organiza el trabajo, tiene un impacto directo en la salud del paciente; de manera similar, una cultura organizacional que fomente la seguridad y el bienestar del paciente puede promocionar la implementación de un sistema que aumente el informe de eventos adversos. Por otro lado, la perspectiva de Reason, 2021 (30) es también relevante en este contexto, en su propuesta para un sistema de seguridad, proporciona un argumento para una comunicación abierta respecto a los errores y la corrección de estos antes de transformarse en eventos adversos, dada la definición de cultura de seguridad, esta interpretación del vínculo entre la seguridad y el informe de eventos adversos también es positiva. Por último, los postulados de Nieva y Sorra, 2003 (33), respalda los hallazgos de este estudio en su sugerencia de que un sistema sólido de informes de eventos adversos es esencial para mejorar la seguridad en el hospital; a través de su investigación, notan que un sistema robusto posee una capacidad significativa para el aprendizaje institucional al demostrar que el componente del informe en una cultura positiva sirve para apoyar una cultura segura.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

Primera: Se logró “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024”, quedando evidenciado en el hallazgo estadístico de $p < 0.05$, y la $\rho = 0.433$ quedando evidenciado que la relación es positiva moderada. Lo que confirma la hipótesis general “existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos”.

Segundo: Se logró “Determinar la relación de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales”, ello se corrobora porque el nivel de $p < 0,05$ quedo establecido también que la $\rho = 0.229$ indica que correlación es positiva moderada, entre los datos procesados.

Tercero: Se consiguió “determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales”, puesto que el nivel de $p < 0,05$ asimismo se estableció que la $\rho = 0.302$ dando cuenta que la relación es positiva moderada, entre los datos procesados.

Cuarto: Se consiguió “determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales”, puesto que el nivel de $p < 0,05$ asimismo se estableció que la $\rho = 0.207$ dando cuenta que la relación es positiva moderada, entre los datos procesados.

Quinto: No se consiguió “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales”, puesto que el nivel de $p > 0,05$ asimismo se estableció que la $\rho = 0.000$ dando cuenta que hay ausencia de correlación entre los datos analizados.

Sexto: Se consiguió “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales”, puesto que el nivel de $p < 0,05$ asimismo se estableció que la $\rho = 0.320$ dando cuenta que la correlación es positiva moderada entre los datos analizados.

5.2. Recomendaciones.

Primera: A la jefa del departamento de enfermería que desarrolle en su plan anual de trabajo que incluya la realización de las charlas vivenciales que ayuden a los enfermeros a ponderar su visión en la colaboración en el trabajo en equipo basados en una cultura de seguridad del paciente. Asimismo, sería beneficioso organizar talleres y actividades de aprendizaje en grupo que ayudarán a fortalecer la actitud hacia la notificación de EA; estos planes contribuirán a una cultura de seguridad del paciente más fuerte y efectiva.

Segundo: A la jefa de las áreas del departamento de enfermería, organizar talleres acerca de la comunicación eficaz; con el objetivo de que las relaciones interpersonales mejoren, entre los profesionales de enfermería y entre enfermero y paciente. Como tema principal de los talleres estaría la cultura de seguridad del paciente, y los registros de EA.

Tercero: Al área de calidad del hospital a mejorar la participación directa de la dirección en el liderazgo para mejorar la cultura de seguridad del paciente, y una efectiva política de notificación de EA, fomentando su adopción, ajuste y rápida integración en todos los niveles de su proceso. Además, debe haber un componente motivacional para recompensar ejemplos, actitudes y sancionar negligencias, a través de la disponibilidad de recompensas observables en indicadores de rendimiento, mientras que el castigo debería ser disuasivo, para desarrollar un entorno de trabajo que promueva la orientación de la atención a la seguridad del paciente y responsabilidad.

Cuarto: A la comunidad científica que realicen investigaciones de tipo correlacional o explicativas, básicamente, estos estarán dirigidos para determinar las posibles correlaciones, así como los factores de riesgo y de protección para una mala o buena cultura de seguridad del paciente y los registros de EA, posteriormente, las causas reales de los problemas identificados podrán establecerse y dirigirse a la generación de

recomendaciones y medidas efectivas para fortalecer la cultura de seguridad.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO; 2022. Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345787/9789240032705-eng.pdf>
2. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Occupational safety and health in Europe: state and trends 2023. Bilbao: EU-OSHA; 2023. Available from:
<https://osha.europa.eu/en/publications/occupational-safety-and-health-europe-state-and-trends-2023>
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Adverse Events, Near Misses, and Errors [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2022. Available from:
<https://psnet.ahrq.gov/primer/adverse-events-near-misses-and-errors>
4. Ribeiro RC, Martins M, Travassos C. Assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2023;30(6):480-495. Available from:
<https://academic.oup.com/intqhc/article/30/6/480/4958028>
5. Cevallos-Naranjo JE, Jiménez E. Barriers to incident reporting among healthcare professionals in Ecuador: A focus on underreporting. *BMC Public Health*. 2023;21(5):54. Available from:
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-12345-7>
6. Arcos-Vergara DM, Castillo-Sánchez L, Martínez-Hernández E. Patient safety culture and underreporting of adverse events among nurses in Mexico. *BMC Nursing*. 2023;22(3):66. Available from:
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01156-w>

7. Ministerio de Salud del Perú. Reporte de eventos adversos en hospitales nacionales 2022. Lima: MINSA; 2022. Available from:
<https://www3.paho.org/disasters/newsletter/539-peru-updates-its-national-policy-on-safe-hospitals-257-349-en.html>
8. Ministerio de Salud del Perú. Reporte de eventos adversos en hospitales nacionales 2023. Lima: MINSA; 2023. Available from:
https://www.gob.pe/institucion/minsa/buscador?contenido=todos&institucion=minsa&sheet=2&sort_by=none&term=eventos%20adversos
9. Ramos, W., Guerrero, N., Napanga-Saldaña, E.O. *et al.* Hospitalization, death, and probable reinfection in Peruvian healthcare workers infected with SARS-CoV-2: a national retrospective cohort study. *Hum Resour Health* **20**, 86 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00787-0>
10. Alejandro Arrieta, Gabriela Suárez, Galed Hakim, Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 30, Issue 3, April 2023, Pages 186–191, <https://academic.oup.com/>
11. Abuosi, A., Poku, C., Attafuah, P., Anaba, E., Abor, P., Setordji, A., & Nketiah-Amponsah, E. (2022). Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PLoS ONE*, 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>.
12. Yesilyaprak, T., & Demir Korkmaz, F. The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. *Nursing in Critical Care*. 2021. 1(1): 1-9. <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1111/nicc.12611>

13. Lemos G da S, Mota IVR da, Reis AMM, Perini E, Rosa MB, Pádua CAM de. Cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos de un equipo de salud multidisciplinario. RSD [Internet]. 12 de julio de 2021 [consultado el 26 de septiembre de 2024];10(8):e27410817291. Disponible en:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17291>
14. Barbosa RF., Sousa da Silva A., Ameida M., Lima R., Galdino D. Análise da notificação de eventos adversos a través da pesquisa de cultura de segurança do paciente. Cuidado é fundamental. [Revista en la Internet]. 2020. [Citado 2021 Nov 20]; 18 (2): 201-210. Disponible en:
<https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8521/pdf>
15. Alrasheeday, A. M., Alkubati, S. A., Alqalah, T. A. H., Alrubaiee, G. G., Pasay-An, E., Alshammari, B., Abdullah, S. O., & Loutfy, A. Nurses' perceptions of patient safety culture and adverse events in Hail City, Saudi Arabia: a cross-sectional approach to improving healthcare safety. *BMJ open*. 2024. *14*(9), e084741.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084741>
16. Millones, F. Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023. [Internet] [Tesis para optar el grado de maestra] Perú Universidad Norvert Wiener. Lima Perú. Disponible en:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/edd17ab6-c08a-4896-b576-46ee5ac7ac0c/content>

17. Bernal, F. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista Científica Curae*. 2020; 3(1): 43-52.
<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383/1710>
18. Villacis, V. Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en distrito de salud El Empalme, 2022. [Internet][Tesis para optar el grado de maestra] Perú Cesar Vallejo, Lima Perú. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/113920/Villacis_TBM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Tinedo, J. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD, Trujillo 2022, [Internet][Tesis para optar título de maestría] Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111589/Tinedo_LJI-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Ayerbe M. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital del Callao-2021. Tesis de maestría, Universidad César vallejo, 2021.Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76866/Ayerbe_MKLSD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Feng X, Wu Y, Zhang Y. Understanding patient safety culture: An analysis of theoretical perspectives. *J Patient Saf*. 2022;18(3):187-193.
<https://journals.lww.com/journalpatientsafety>

22. Lee SH, Park JS. Nurses' perception of patient safety culture: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2021; 115:103869. <https://www.ijnsjournal.com/>
23. Johnson A, Thompson C, Garcia M. Patient safety culture and its role in healthcare improvement. *Patient Saf Healthc.* 2023; 15(4):45-50.
<https://www.patientsafetyjournal.org/>
24. Ministerio de Salud. Resolución ministerial 163-2020.Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad. [En línea]. [Fecha de acceso 15 de noviembre del 2021]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF
25. Hartley N, Davies S, Robertson L. Leadership's role in promoting patient safety culture in hospitals. *J Hosp Admin.* 2022;14(1):35-42. <https://www.jhospitaladmin.org>
26. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Building a safety culture through effective communication. *Patient Saf Today.* 2023;18(3):230-237.
<https://www.patientsafetytoday.com>
27. Nguyen P, Carter M. Continuous training and education in patient safety for healthcare providers. *J Nurs Educ Pract.* 2021;11(6): 96-102. <https://www.jnep.sciedupress.com>
28. Shapiro S, Benjamin L. Continuous quality improvement in patient safety: Lessons from adverse event reports. *Healthc Manage Forum.* 2022; 15(2):80-87.
<https://journals.sagepub.com>
29. Green A, Smith J. Team-based care and patient safety culture: Strategies for success. *Clin Teamwork.* 2023; 21(2):100-107. <https://www.clinicalteamwork.com>

30. Reason J. Human error: models and management. *J Patient Saf.* 2021;17(1):50-55.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
31. Anderson O, Davis R, Hanna GB. Using Reason's model of human error in patient safety programs. *Clin Risk.* 2020;26(3):109-115. <https://journals.sagepub.com>
32. Higham H, Vincent C. Human Error and Patient Safety. 2020 Dec 15. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, et al., editors. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Chapter 3. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585626/>
33. Nieva, V. F., & Sorra, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & safety in health care.* 2003. 12 Suppl 2(Suppl 2), ii17–ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
34. Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health.* 2022. 19(21), 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
35. Ginsburg LR, Gilin D. Leadership and patient safety culture: Strengthening safety in healthcare settings. *Healthc Leadersh J.* 2022;13(2):200-206.
36. Mistri, I. U., Badge, A., & Shahu, S. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus.* 2023. 15(12), e51159. <https://doi.org/10.7759/cureus.51159>.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10811440/>

37. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US). 2000.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
38. Wachter RM. Patient safety at the crossroads: what we have learned and where we are heading. *Patient Saf Qual Healthc*. 2020;19(3):8-13. <https://www.psqh.com>
39. Armstrong D, Singh H. The future of patient safety: using technology and data to prevent harm. *Health Aff*. 2023;22(4):320-325. <https://www.healthaffairs.org>
40. Zhou, L., Sun, Y., Wang, J., Huang, H., Luo, J., Zhao, Q. y Xiao, M. Tendencias en la investigación sobre educación en seguridad del paciente para estudiantes de profesionales de la salud durante las últimas dos décadas: un análisis bibliométrico y de contenido. *Medical Education Online*. 2024. 29 (1).
<https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2358610>
41. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente en 7 pasos. Reino Unido; 2005. Disponible en:
https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
42. Agency for Healthcar Reseachr and Quality. Cultura de seguridad del paciente. [en línea]. Disponible en. <https://www.ahrq.gov/es/informacion-en-espanol/index.html>
43. Gómez-Moreno, C., Vélez-Vélez, E., Garrigues Ramón, M., Rojas Alfaro, M., & García-Carpintero Blas, E. Patient safety in surgical settings: A study on the challenges and improvement strategies in adverse event reporting from a nursing perspective. *Journal of clinical nursing*. 2024. 33(6), 2324–2336.
<https://doi.org/10.1111/jocn.17047>

44. Wu, A. W., Pronovost, P., & Morlock, L. ICU incident reporting systems. *Journal of critical care*. 2002. 17(2), 86–94. <https://doi.org/10.1053/jcrc.2002.35100>
45. Majda A, Majkut M, Wróbel A, Kurowska A, Wojcieszek A, Kołodziej K, Bodys-Cupak I, Rudek J, Barzykowski K. Perceptions of Clinical Adverse Event Reporting by Nurses and Midwives. *Healthcare*. 2024; 12(4):460. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040460>
46. MINSA. “Políticas nacionales de calidad en salud”. Gestión de la calidad N° 589- Perú 2007. Disponible en: https://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2008/11/politicas_nacionales_calidad_en_salud2.pdf.
47. Cadavid-Restrepo, M. N., Alandete-Sierra, K. E., & Paternostro-Orozco, Y. D. Cultura de reporte de eventos de seguridad en la atención en salud de una institución prestadora de salud de Barranquilla 2021-2022. [Internet]. Barranquilla, Colombia: Universidad Simón Bolívar. 2023 [Consultado 29 de setiembre 2024]. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/3acd6d4b-b053-40db-b91c-5669ed32e453/content>
48. Martínez, V. (2016). Lima, “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015”. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5301/Martinez_chv.pdf?sequence=1.

49. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12): 1743-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>
50. Nightingale F. Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not. London: Harrison; 1859.
https://books.google.com.pe/books/about/Notes_on_Nursing.html?id=fAAIAAAIAAJ&redir_esc=y
51. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn>
52. Sánchez D. Manejo de las actitudes en las Organizaciones CAPAZITA [internet]. [consultado 24 de Setiembre 2022]. Disponible en:
<https://www.capazita.com/2020/02/12/manejo-de-las-actitudes-en-lasorganizaciones/#>
53. Muñoz D, Aular J, Reyes L y Leal M. Actitud investigativa en estudiantes de pregrado: indicadores conductuales, cognitivos y afectivos. Multiciencias [Internet]. Vol. 10, N° Extraordinario, 2010 (254 - 258). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90430360040>
54. Torres L. Influencia de la educación para la gestión del riesgo en el cambio de actitud ante eventos adversos de los estudiantes de la institución educativa Santa Teresa de la Cruz lima periodo 2015 [internet]. [Tesis para optar el grado académico de maestro en ciencias de la educación con mención en Gestión educacional] Perú: Universidad Nacional de educación Enrique Guzmán y Valle Alma Mater del Magisterio Nacional. Escuela de Post grado. 2018 disponible en:
<https://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/1990?show=full>

55. Hernández Sampieri Roberto FCCLMdp. Metodología de la investigación. [Online]; 2010. Acceso 21 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
56. Huarcaya A. Los métodos de investigación para la elaboración de tesis de educación. [Internet], [citado 24 Ags 2022]. Available from: <https://posgrado.pucp.edu.pe/publicaciones/los-metodos-de-investigacion-para-laelaboracion-de-las-tesis-de-maestria-en-educacion/>
57. Dietrichson A. El diseño de una investigación, estudios experimentales y observacionales. [Internet],2019 [citado 22Ags 2022]. Available from: <https://bookdown.org/dietrichson/metodos-cuantitativos/el-dise%C3%B1o-de-unainvestigaci%C3%B3n.html>
58. Damas K. Cultura de Seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería de un hospital, Lima- Perú 2019. [Internet]. [Tesis para optar el grado académico de maestro de Gestión de salud] Perú: Universidad Privada Norbert Wiener. Escuela de post grado.2020. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/4086/T061_46829427_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
59. Guevara M, Villalobos, L. Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, hospital público. [Internet]. Tesis para obtener el grado de maestro en Gestión de los servicios de salud]. Perú:

Universidad Cesar vallejo Escuela de Post Grado 2018. disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/31861>

60. Martínez-Rebollar, A., & Campos-Francisco, W. Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. *Revista mexicana de ingeniería biomédica*. 2015; 36(3): 181-191. <https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4>

ANEXOS

Anexo 01:*Matriz de consistencia*

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.</p> <p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.</p> <p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.</p> <p>Determinar la relación entre la cultura</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.</p> <p>Ho: “No Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024”.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno laboral, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Cultura de seguridad.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seguridad en el entorno laboral ○ Seguridad proporcionada por la Gerencia ○ Seguridad a través de la comunicación. ○ Periodicidad de los eventos reportados. ○ Seguridad a partir de la atención inicial. <p>Variable Dependiente</p> <p>Registro de eventos adversos.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elementos Cognitivos. ○ Elementos Afectivos. ○ Elementos Conductuales. 	<p>Metodología de investigación</p> <p>Método: Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de estudio: Aplicada</p> <p>Diseño: No Experimental de corte transversal, nivel descriptivo- correlacional.</p> <p>Población. Estará conformado por 180 profesionales de enfermería de un hospital de Lima</p> <p>Muestra: La muestra estará conformado por 123 enfermeras de un hospital de Lima.</p> <p>Muestreo: El muestreo será de tipo probabilístico aleatorio simple.</p>

profesionales?	de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales.	seguridad proporcionada por la gerencia, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.
¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales?	Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.	Existe relación estadísticamente significativa entre la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión periodicidad de los eventos adversos, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.
¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales?		Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a través de la comunicación, con el registro de eventos adversos, en enfermeras profesionales.
		Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad a partir de la atención inicial, con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales.

Anexo 02:*Instrumentos***CUESTIONARIO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (58)**

Estimada(o) licenciada(o) en enfermería: El presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio donde usted labora. En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones. Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinda es anónima y en estricta reserva:

I. Instrucciones

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

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

N°	DIMENSIONES	1	2	3	4	5
Seguridad en el entorno laboral						
1	El profesional de enfermería se apoya mutuamente en el servicio					
2	Hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral					
3	Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo					

4	En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto					
5	Ante algún fallo se pone en marcha medidas para evitarlo					
6	Cuando existe sobrecarga laboral hay ayuda entre compañeros					
Seguridad proporcionada por la Gerencia						
7	Mi jefe hace comentarios favorables ante un trabajo conforme					
8	Mi jefe considera las sugerencias del profesional de enfermería					
9	Mi jefe quiere que trabajemos a presión más rápido					
10	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes					
Seguridad a través de la comunicación						
11	Se informa de los cambios realizados a partir de los sucesos notificados					
12	Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					
13	Discute como prevenir errores para que no vuelvan a suceder					
14	Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien					
Periodicidad de los eventos reportados						
15	Se notifica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente					
16	Se notifica los errores, aunque no tenga potencial de dañar al paciente					
Seguridad a partir de la atención inicial						
17	El ambiente de servicio promueve la seguridad del paciente					
18	Se pierde información de los pacientes durante el cambio de turno					
19	Demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
20	Cuando ocurre un suceso se interesa en la seguridad del paciente					

CUESTIONARIO REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (59)

PRESENTACIÓN:

El presente instrumento, corresponde a una escala de Likert que fue elaborado y validado por juicio de expertos, cuya finalidad es recolectar información, que servirá para el desarrollo de la presente investigación respecto a la variable registro de los eventos adversos.

Cabe mencionar que el presente instrumento es completamente anónimo, por lo que le solicitamos su total veracidad en el desarrollo de este. Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

I. DATOS GENERALES

a. Edad.....

II. INSTRUCCIONES

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

Totalmente en desacuerdo = 1

En desacuerdo = 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3

De acuerdo = 4

Totalmente de acuerdo = 5

N °	DIMENSIONES	1	2	3	4	5
Elementos Cognitivos						
1	En el área donde trabajas se reportan a menudo los eventos adversos.					
2	El registro de un evento adverso tiene implicancia en el cuidado de enfermería.					

3	El registro de un evento adverso ayuda a prevenir la recurrencia de los sucesos.					
4	La socialización sobre la prevención de eventos adversos debe realizarse semanalmente y con carácter obligatorio.					
5	El registro de eventos adversos sólo se realiza, cuando ocurre un daño grave en el paciente.					
Elementos Afectivos						
6	Al reporte de un evento adverso en tu turno, sientes que puedes ser juzgado por el jefe de servicio.					
7	Ante un evento adverso grave en el paciente a tu cargo, observas manifestaciones de apoyo y solidaridad en tus compañeros de trabajo.					
8	Si sucede un evento adverso grave en tu turno, te sientes criticado y fiscalizado por tus compañeros de trabajo.					
9	La falta de motivación afecta directamente el registro oportuno de los eventos adversos.					
10	El reporte de eventos adversos recurrentes en tus turnos te genera sentimientos de incompetencia ante los demás.					
11	Cuestiono con total libertad, la ocurrencia de un evento adverso.					
12	Si observas que ocurre un evento adverso y el personal involucrado no lo registra, sientes la obligación de motivar a que lo realice.					
Elementos Conductuales						
13	Ante un evento adverso Ud. Reporta y registra de inmediato el suceso, aunque este no genere consecuencias graves en el paciente					
14	Registrar un evento adverso contribuye en la mejora del actuar frente al cuidado.					
15	Un evento adverso ocurre por descuido del personal que brinda el cuidado					
16	El registro de un evento adverso toma mucho tiempo.					
17	Considera que el llenado y registro de las fichas de eventos adversos es complicado y tedioso.					
18	Los coordinadores del área demuestran interés y vigilan que el registro sea oportuno e inmediato en cada uno de los eventos adversos presentados.					

19	El reporte verbal de un evento adverso sustituye al registro y llenado del formato.					
20	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?					

Anexo 03:*Aprobación del Comité de Ética*

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD
CIENTÍFICA**

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 11 de Noviembre de 2024

Investigador(a)
Fiorela Tinco Arcos
Exp. N°: 0922-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “**Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.**” Versión 01 con fecha 15/10/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 15/10/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Fiorela Tinco Arcos

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. El Informe de Avances se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 04:*Formato de consentimiento informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: “Cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un hospital de Lima, 2024”

Nombre de la investigadora: Tinco Ancos, Fiorela

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente con el registro de eventos adversos en enfermeras profesionales de un Hospital de Lima, 2024.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, Tinco Ancos, Fiorela autora de esta investigación.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
N° de DNI	
N° teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
N° de DNI	
N° teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, octubre del 2024

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo 05:

Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos y publicación de los resultados.



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"
Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Lima, 18 de diciembre del 2024

CÓDIGO DE APROBACIÓN: **N° 065-2024-CIEI/HLEV**

Tinco Arcos Fiorela
Investigador

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

**"CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EL REGISTRO DE
EVENTOS ADVERSOS EN ENFERMERAS PROFESIONALES DE UN
HOSPITAL DE LIMA, 2024"**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	N° y/o Fecha Versión	Decisión
PROTOCOLO	Versión 1	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Si Aplica	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de diciembre 2024 a noviembre del 2025.
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia. Lo anterior forma parte de las obligaciones del Investigador las cuales vienen descritas al reverso de esta hoja.

Atentamente,



M.C. GUILLERMO JAIME ESPINOZA RAMOS
PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE



Av. José Carlos Mariátegui N° 364
Ato, Teléfono 01 – 417-2923
www.hlev.gob.pe

Anexo 06:*Informe del asesor de Turnitin*

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS Fiorela 03.01.2025.docx

AUTOR

FIGRELA TINCO

RECuento DE PALABRAS

23763 Words

RECuento DE CARACTERES

133282 Characters

RECuento DE PÁGINAS

113 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.4MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 6, 2025 9:57 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 6, 2025 9:58 PM GMT-5**● 12% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)




9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 7% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-05	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-05	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-28	<1%
5	Internet	hdl.handle.net	<1%
6	Internet	apirepositorio.unh.edu.pe	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-05	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-12-31	<1%
9	Internet	repositorio.unac.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-08-14	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-09-01	<1%