Universidad Norbert Wiener

DIRECCIÓN DE POSGRADO Y SEGUNDAS ESPECIALIDADES
MAESTRÍA DE GESTIÓN EN SALUD

Tesis

Factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos y cultura de seguridad del paciente en enfermería en cuidados intensivos, EsSalud, 2025

Para optar el Grado Académico de

Maestro de Gestión en Salud

Presentado por:

Autora: Pajuelo Espinoza, Liz Joselí

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0005-7442-2059

Asesor: Dr. Eras Lévano, César Jesús

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5433-4044

Lima – Perú

2026

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, Pajuelo Espinoza Liz Joselí Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis **"Factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos y cultura de seguridad del paciente en enfermería en cuidados intensivos, EsSalud, 2025** Asesorado por el docente: Eras Lévano César Jesús Con DNI 21536684 Con ORCID 0000-0002-5433-4044 tiene un índice de similitud de (19) (diecinueve)% con código oid: :14912:616360111 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

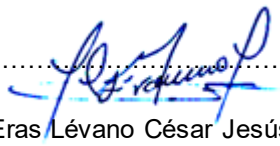
1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. 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.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:

El porcentaje de similitud excedente se debe principalmente a coincidencias relacionadas con la formulación de los problemas, objetivos e hipótesis de investigación, así como con la denominación de las variables y dimensiones. Asimismo, se presentan coincidencias en los nombres de capítulos y subcapítulos, términos técnicos y expresiones metodológicas de uso académico recurrente, propios de la estructura y naturaleza del trabajo de investigación. En tal sentido, el porcentaje identificado corresponde principalmente a elementos metodológicos y estructurales necesarios para el desarrollo de la investigación.



……
Firma de autor
Nombres y apellidos del Egresado: Liz Joseli Pajuelo Espinoza
DNI: 47176159



……
Firma
Asesor: Eras Lévano César Jesús
DNI: 21536684

Lima, 22 de agosto de 2026.

Dedicatoria

Este trabajo es fruto de mucho esfuerzo y aprendizaje personal, por lo que lo dedico en primer lugar a Dios, por darme la fortaleza, sabiduría y la bendición de poder culminar este trabajo profesional; que es muy importante para mí; así mismo dedico este trabajo a mis padres por su apoyo en motivarme e impulsarme a continuar en aras de cumplir mis sueños.

También dedico este trabajo a los profesionales de la salud, compañeros de trabajo, y responsables de las jefaturas en las unidades de cuidados intensivos; que sumaron al desarrollo de este trabajo; y me brindaron su confianza y apoyo.

Agradecimiento

La culminación de este trabajo de investigación es la suma de todo el apoyo y colaboración que recibí de diversas personas.

Expreso mi sincero agradecimiento a mi asesor de tesis, que me acompañó con su orientación, guía y sus valiosas recomendaciones en este proceso de investigación.

Asimismo, agradezco a mi familia, por su comprensión, apoyo y motivación en el tiempo que me demandó este proyecto, y que han sido fundamentales para poder lograr este objetivo académico que me tracé.

Concluyo agradeciendo a todas las personas que me brindaron su apoyo y confianza he hicieron posible la culminación de este trabajo.

Índice

Dedicatoria ii
Agradecimiento iii
Índice iv
Índice de Tablas vi
Resumen vii
Abstract viii
INTRODUCCIÓN ix
CAPITULO I: EL PROBLEMA 10
1.1. Planteamiento del problema 10
1.2. Formulación del problema 13
1.2.1. Problema General 13
1.2.2. Problemas específicos 13
1.3. Objetivo de la investigación 13
1.3.1. Objetivo general 13
1.3.2. Objetivos específicos 13
1.4. Justificación de la investigación 14
1.4.1. Teórica 14
1.4.2. Metodológica 14
1.4.3. Práctica 15
1.5. Limitaciones de la investigación 16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 17
2.1. Antecedentes 17
2.1.1. Internacionales 17
2.1.2. Nacionales 19
2.2. Bases Teóricas 21
2.3. Formulación de hipótesis 26
2.3.1. Hipótesis General 26
2.3.2. Hipótesis Específicas 27
CAPITULO III: METODOLOGÍA 28
3.1. Método de la investigación 28
3.2. Enfoque de la investigación 28

3.3. Tipo de investigación 28
3.4. Diseño de la investigación 28
3.5. Población, muestra y muestreo 29
3.5.1. Población 29
3.5.2. Muestra 31
3.5.3. Muestreo 31
3.6. Variables y operacionalización 32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 34
3.7.1. Técnica 34
3.7.2. Descripción de instrumentos 34
3.7.3. Validación 35
3.7.4. Confiabilidad 35
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos 36
3.9. Aspectos éticos 36
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 38
4.1. Resultados 38
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados 38
4.1.2. Prueba de hipótesis 42
4.1.3. Discusión de resultados 46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 49
5.1. Conclusiones 49
5.2. Recomendaciones 49
REFERENCIAS 51
Anexo 1: Matriz de consistencia 61
Anexo 2: Instrumentos 63
Anexo 3: Validez del instrumento 68
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento 80
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética 81
Anexo 6: Formato de consentimiento informado 82
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos 84
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin 85

Índice de Tablas

Tabla 1 *Datos demográficos de participantes* 38
Tabla 2 *Frecuencia de la variable factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos y dimensiones* 40
Tabla 3 *Frecuencia de la variable cultura de seguridad y dimensiones* 41
Tabla 4 *Prueba de asociación entre los factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente* 42
Tabla 5 *Prueba de asociación entre el factor personal y el nivel de cultura de seguridad del paciente* 43
Tabla 6 *Prueba de asociación entre el factor institucional y el nivel de cultura de seguridad del paciente* 44
Tabla 7 *Prueba de asociación entre el factor laboral y el nivel de cultura de seguridad del paciente* 45

Resumen

Salvaguardar la salud de un paciente está constituida como un pilar primordial en la calidad de la atención en salud, de forma especial en aquellos entornos de alta complejidad. Es así que el registro adecuado de los eventos adversos se vuelve indispensable para garantizar la continuidad del cuidado en salud de cada paciente. Sin embargo, la omisión de registros, debido a factores externos, puede generar una barrera crítica que limita y condiciona la continuidad de un cuidado efectivo del paciente. El objetivo fue establecer la asociación entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente. El método fue hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, observacional y no experimental. La muestra estuvo conformada por 191 enfermeras/os. Como resultados se comprobó que el factor personal (Sig.<,001; V de Cramer= 0,328), el factor institucional (Sig.<,019; V de Cramer=0,204) y el factor laboral (Sig.<,001; V de Cramer=0,278) de omisión de registros de eventos adversos mostró asociación con el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería. Concluyendo que hubo asociación estadística moderada entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente (Sig.<,001; V de Cramer=0,400).

Palabras Claves: Salud, seguridad, paciente, cuidados médicos, registro de archivos.

Abstract

Safeguarding a patient's health is a cornerstone of quality healthcare, particularly in highly complex settings. As such, the proper recording of adverse events is essential to ensuring the continuity of care for each patient. However, the failure to record such events, due to external factors, can create a critical barrier that limits and compromises the continuity of effective patient care. The aim was to establish the association between the types of factors leading to the failure to record adverse events and the level of patient safety culture. The methodology employed was a hypothetical-deductive approach, using a quantitative, observational and non-experimental design. The sample comprised 191 nurses. The results showed that the personal factor ($p < 0.001$; Cramer's $V = 0.328$), the institutional factor ($p < 0.019$; Cramer's $V = 0.204$) and work-related factors ($p < 0.001$; Cramer's $V = 0.278$) contributing to the failure to record adverse events were associated with the level of patient safety culture amongst nursing staff. In conclusion, there was a moderate statistical association between the types of factors contributing to the failure to record adverse events and the level of patient safety culture ($p < 0.001$; Cramer's $V = 0.400$).

Keywords: Health, safety, patient, medical care, file registration

INTRODUCCIÓN

La salvaguarda del paciente constituye una de las piezas fundamentales de la calidad en los servicios de salud, especialmente en áreas críticas como las unidades de cuidados intensivos, donde la complejidad de la atención, la condición clínica de los pacientes y la toma constante de decisiones incrementan el riesgo que ocurra eventos adversos. En este contexto, el registro oportuno de dichos eventos representa una herramienta esencial para identificar fallas, analizar causas, prevenir daños futuros y fortalecer los procesos de mejora continua dentro de las instituciones hospitalarias.

Para responder a esta interrogante, la investigación se organizó en cinco capítulos. En el Capítulo I, denominado El Problema, se desarrolla la realidad problemática, la formulación del problema general y de los problemas específicos, los objetivos del estudio, la justificación y las posibles limitaciones de la investigación.

En el Capítulo II, correspondiente al Marco Teórico, se presenta la revisión de antecedentes, el estado del arte y las bases teóricas que sustentan el desarrollo del estudio.

El Capítulo III, referido a la Metodología, describe el método científico empleado, el enfoque y diseño de investigación, la población de estudio, los instrumentos utilizados para la recolección de datos y los procedimientos aplicados para el análisis de la información.

En el Capítulo IV, denominado Resultados, se exponen los hallazgos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos, así como la contrastación de las hipótesis planteadas.

Finalmente, en el Capítulo V, Conclusiones y Recomendaciones, se sintetizan los principales aportes de la investigación y se plantean sugerencias prácticas de acuerdo con los resultados alcanzados.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) conceptualiza al evento adverso como: "El daño no intencional generado al paciente que se relaciona directamente con el cuidado de la salud" (1), la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que de cada 10 pacientes, uno sufre de algún daño durante la atención sanitaria, y que hay una existencia de más de 3 millones de muertes cada año como consecuencia de una atención insegura, lo que demuestra que los eventos adversos continúan siendo un problema prioritario para los sistemas de salud a nivel mundial (2). Asimismo, la evidencia internacional sostiene que una proporción importante de estos eventos es prevenible, especialmente cuando las instituciones fortalecen sus sistemas de notificación, promueven la comunicación efectiva entre profesionales, reducen la cultura punitiva y utilizan los reportes como oportunidad de aprendizaje y mejora continua (3).

A nivel Internacional, en el año 2019, en Colombia, hicieron un estudio para estimar la frecuencia de reacciones y sus manifestaciones entre el personal de enfermería; en la cual el 93.1% de los encuestados conocía los casos de incidentes, el 79.1% conocía los eventos adversos graves; empero el 44% de enfermeros fueron identificados como segunda víctima, al evidenciar que mostraban sentimiento de culpa, poca facilidad de concentración, ansiedad, dudas sobre sus decisiones y fatiga; pero es relevante mencionar que un 95% quería recibir formación sobre gestión de eventos adversos (4).

Es preciso mencionar que la OMS en su 74° Asamblea mundial de la salud, desarrollado en el año 2021, vuelve a tomar en cuenta en su agenda (2021-2030) el eje de seguridad del paciente, para erradicar la posibilidad de daños durante la atención en salud a

los pacientes en escala mundial, incorporando en el plan de acción medidas prioritarias de orientación estratégica y práctica para que los países gestionen políticas y apliquen intervenciones multinivel y en diversos entornos con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente (5). Considerando al equipo de enfermería pilar para el cumplimiento de los ejes tratados por la OMS, preciso citar un estudio desarrollado en Brasil, sobre la cultura de seguridad del paciente bajo la perspectiva del personal de enfermería, en un hospital público, en la que concluyeron que existe una cultura de seguridad débil en todas las áreas hospitalarias, por lo que recomiendan planificar estrategias específicas (6).

Así también, en España, diversos estudios evidencian que la labor de enfermería es fundamental para la recuperación y supervivencia de los pacientes, especialmente en áreas críticas. Asimismo, se ha demostrado que una adecuada relación enfermera-paciente disminuye la mortalidad hospitalaria, los reingresos y la estancia hospitalaria; mientras que el incremento de pacientes asignados por enfermera se asocia con mayor riesgo de eventos adversos y muerte hospitalaria (7).

De igual forma, a nivel Latinoamericano, en algunos hospitales de Brasil, Colombia y Perú, determinaron que, del total de eventos adversos que ocurrieron, se debía por una deficiente comunicación del equipo (70%), de los cuales un 31,7% de podrían haber evitado. Es así que partió con la idea de que era necesario reforzar la cultura de seguridad del paciente entre el personal en salud (8). Así también al evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en una unidad de Cuidados Intensivos, en una investigación en Brasil, tuvieron resultados con relación al ambiente de trabajo, discordaron sobre la suficiencia de personal para atender la demanda de trabajo con un 50%, también un 73,6% piensan que los errores podrían ser usados contra ellos, un 51,4% están de acuerdo con

la afirmación de que trabajan en "situación de crisis", intentando hacer mucho y muy rápido y un 47,2% contestó que ocurrían problemas en el cambio de informaciones entre las unidades del hospital (9).

En un estudio realizado en un hospital de Ecuador, se reportó como resultados los factores de no notificación de los eventos adversos, que el 62,50% responde que hay falta de retroalimentación cuando se presenta un evento adverso; un 57,8% piensa que no hay confidencialidad, el 53,13% el miedo a temas legales posteriores, y un 51,6% por temor a las medidas disciplinarias o punitivas. (10)

En las redes prestacionales de EsSalud, se aprobó la directiva de "Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente", con la finalidad de normar el registro, notificación y gestión de estos eventos durante las prestaciones de salud (11). Por otro lado, un estudio realizado en enfermeras intensivistas y emergencistas de un hospital público de Lima evidenció relación directa entre la cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos, concluyendo que en los servicios críticos se requiere fortalecer dicha cultura para promover un reporte adecuado (12).

En este sentido es indispensable hablar sobre cultura de seguridad del paciente, ya que involucra directamente a la atención brindada por el personal de salud, y siendo más específicos, el personal de enfermería, quien ocupa el mayor porcentaje en número de profesionales en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, así como la permanencia de 24 horas junto a los pacientes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Existe asociación entre los factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados críticos en un hospital de Lima,2025?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima?
2. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima?
3. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima?

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la asociación entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar la asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

2. Identificar la asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.
3. Identificar la asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Desde el punto de vista teórico, el estudio contribuye al análisis de la cultura de seguridad del paciente como un componente fundamental en la prevención, identificación y notificación de eventos adversos. Si bien existen normas, protocolos y directivas orientadas a garantizar una atención segura, la literatura evidencia que la seguridad del paciente no depende únicamente de la existencia de documentos normativos, sino también de las percepciones, actitudes, conocimientos y prácticas del personal de salud frente al reporte de incidentes. Por ello, estudiar los factores que influyen en la omisión del registro permite fortalecer la comprensión del problema desde una perspectiva organizacional y asistencial. Finalmente, el estudio se articula con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, debido a que la seguridad del paciente forma parte de una atención sanitaria de calidad.

1.4.2. Metodológica

Como justificación metodológica está dentro de la línea de investigación de Salud y Bienestar, y engloba la Gestión en Salud y Seguridad del Paciente, siguiendo los lineamientos metodológicos de la universidad, así mismo el estudio de asociación entre las variables de

factores de omisión de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad de los pacientes; determinarán si las mismas se encuentran asociadas, o si uno es causal para que surja la omisión de registros de eventos adversos, o son variables que actúan independientemente. Se emplea el método hipotético deductivo para poder evaluar teorías establecidas y recopilar datos observacionales que servirán para probar o refutar las hipótesis planteadas, lo cual aportaría en fortalecer evidencia científica; así también se eligió el tipo de estudio de corte transversal porque me brindará información amplia en el momento específico de la población sin la necesidad de realizar un seguimiento prolongado a los participantes.

Para ambas variables se trabajó con instrumentos validados y traducidos al español, para la primera variable un cuestionario que consta de 20 preguntas y para evaluar el nivel de cultura de Seguridad del paciente la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), validada en versión española y consta de 42 ítems.

1.4.3. Práctica

Como aspecto práctico, en los establecimientos de EsSalud rige la Directiva de "Registro, Notificación y Gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente", el cual, en la actualidad presenta niveles bajos de adherencia en el personal de salud; siendo en el año 2019 el nivel de adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente, un 11,9%, siendo el valor umbral del indicador >95% (11); por ello este estudio proporcionó a la Institución resultados que servirán como referentes para mejorar u optimizar las estrategias de registro de eventos adversos, revisando los factores de omisión de registro de eventos adversos para conocer con precisión los tipos de factores que estarían influyendo en mayor grado en la omisión de los registros; así mismo mejorar los conocimientos y práctica

de una cultura de seguridad que garantice la atención segura de los pacientes, llevando incluso a aplicarlos en todas las unidades de cuidados críticos.

1.5. Limitaciones de la investigación

La presente investigación puede presentar como limitación el diseño transversal, ya que permitirá identificar asociaciones entre las variables, pero no establecer causalidad. Asimismo, al utilizar cuestionarios, las respuestas podrían estar influenciadas por el autorreporte, la deseabilidad social o el temor del personal de enfermería a expresar situaciones relacionadas con la omisión del registro de eventos adversos, pero no con lo que está ocurriendo en el establecimiento, esto no se pudo concretar por temas de permisos. Finalmente, los resultados estarán circunscritos al contexto de las unidades de cuidados intensivos de EsSalud, por lo que su generalización a otros establecimientos de salud no puede realizarse.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Vikan et al. (13) (2023) tuvo como objetivo "resumir la evidencia sobre la asociación entre las puntuaciones de la CSP y las tasas de EA en los servicios sanitarios". Utilizaron como metodología de estudio la revisión documental, siguiendo la lista de verificación PRISMA-ScR. Teniendo como población registros de estudios hasta el 2022. Como resultados demostraron encontrar una asociación estadística del 76% de los estudios, ya que el aumento de las puntuaciones de la Cultura de Seguridad del Paciente se asoció directamente con la reducción de Eventos Adversos, en países de altos ingresos; por lo que sugieren que los estudios prospectivos longitudinales de mayor calidad potencian los esfuerzos en mejora de la seguridad el paciente. Concluyendo que gran parte de los estudios realizan reportes reducidos de eventos adversos cuando se da un aumento en las puntuaciones de PSC.

Tlili et al. (14) (2022) tuvo como objetivo "Evaluar la Cultura de Seguridad del Paciente en las unidades de cuidados intensivos". Como método utilizaron un enfoque de métodos mixtos, cuantitativa y cualitativa, y explicativo. La muestra fueron 15 unidades de cuidados intensivos. Como resultados mostró que todas las dimensiones de la Cultura de seguridad del paciente estaban por debajo del 50%, en la que "frecuencia de notificación de eventos" "apertura de comunicación" y "respuestas no punitivas al error" obtuvieron el mayor puntaje, siendo las dimensiones más afectadas. Concluyeron que la cultura de seguridad del paciente mediante la implementación de un sistema de gestión de calidad y notificación de errores.

Hata et al. (15) (2022) obtuvo como finalidad “examinar los factores influyentes en la cultura de seguridad del paciente”. El método transversal, cuantitativo y observacional. La muestra estuvo conformada por 864 personas. Utilizaron la encuesta. Como resultados mostró que las dimensiones que presentaron mayores porcentajes de respuestas positivas fueron “Trabajo en equipo dentro de las unidades” con un 81% y “Expectativas y acciones del supervisor o gerente orientadas a promover la seguridad del paciente” con un 80%. En contraste, la dimensión con menor valoración positiva fue “Dotación de personal”, que alcanzó solo el 36%. Concluyeron que las respuestas positivas más altas, por el contrario, la más baja fue “dotación de personal”, siendo que las horas semanales de trabajo tenían el mayor impacto negativo en la cultura de seguridad del paciente.

Khaleghi et al. (16) (2022) tuvo como objetivo “identificar los errores humanos ejecutados por el personal de enfermería”. Utilizaron el método SHERPA (enfoque sistemático de predicción y reducción de errores humanos), previo a ello, para su identificación, usaron la técnica HTA (Análisis Jerárquico de Tareas). Obtuvo como resultado errores de acción, de verificación, de selección, de recuperación y de comunicación desde mayor a menor grado, respectivamente; por lo que sugieren instrucción adecuada y capacitación a las enfermeras, creando un sistema de registro de errores y mejorar los controles de gestión de la cultura de seguridad. Concluyeron que la parte de los errores identificados correspondió a errores de acción, los cuales podrían disminuirse mediante la entrega de instrucciones claras, la capacitación continua del personal de enfermería, la elaboración de informes, la implementación de sistemas de registro de errores, el fortalecimiento de los controles de gestión y la promoción de una cultura orientada a la seguridad.

Pramesona et al. (17) (2022) obtuvo “Investigar las razones de la baja tasa de notificación de incidentes de seguridad del paciente entre las enfermeras indonesias”. Realizó un estudio cualitativo, bajo entrevistas. Cuya muestra fue de 15 enfermeras. Como resultado evidenció que identificaron los siguientes factores como falta de comprensión de la notificación de incidentes, la cultura de culpa, miedo a las demandas, falta de socialización y capacitación, instalaciones inadecuadas, y falta de un sistema de recompensa y castigos, por lo cual se daba la baja notificación de incidentes de seguridad del paciente. Concluyeron que representan un desafío importante para el comité de seguridad del paciente y para la dirección hospitalaria, quienes deben fortalecer las estrategias orientadas a incrementar la notificación de incidentes asociados a la seguridad del paciente, especialmente entre el personal de enfermería de la institución.

2.1.2. Nacionales

Yap (18) (2022) obtuvo con el objetivo de “determinar la relación de los factores de la notificación y actitud hacia los eventos adversos en profesionales de salud en un instituto de Lima”. Realizó un estudio cuantitativo, no experimenta, transversal y correlacional. La muestra fue 67 profesionales en salud. Los resultados evidenciaron que el 68.7% de los enfermeros estaban en un análisis favorable respecto a la seguridad del paciente. En conclusión, no se identificó una relación significativa entre los factores evaluados y la actitud hacia la notificación. No obstante, el conocimiento sí presentó una relación positiva baja con la actitud ($p = 0.02$).

Ordinola, M. (19) (2021) realizó un estudio con el objetivo de “determinar si existe relación entre la gestión de calidad del cuidado y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería” utilizó un diseño no experimental, transversal y descriptivo

correlacional. La muestra fueron 50 enfermeras, a quienes se les aplicó una encuesta. Los resultados evidenciaron un Spearman de -0.338 y un p valor 0,000. En conclusión, determinó que existe una relación significativa entre las variables.

Bernal (20) (2020) realizó un estudio con la finalidad de "Determinar la relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos referida por el personal asistencial de un hospital". Bajo el método descriptivo analítico. La muestra fueron 91 profesionales de la salud, a los que aplicó cuestionarios. Los resultados mostraron que el nivel general de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial fue neutral (90%). Asimismo, este resultado se relacionó con un elevado porcentaje de eventos adversos no notificados, equivalente al 74%, con significancia estadística de $p < 0.05$. En conclusión, el estudio evidenció la necesidad de fortalecer el apoyo y la participación de los directivos institucionales para promover una adecuada cultura de seguridad del paciente.

Cruz (21) (2020) ejecutó con el objetivo principal "Establecer la relación entre la Cultura de Seguridad y Registro de Eventos Adversos por el personal de enfermería.". El método una fue de una investigación descriptiva de tipo correlacional, cuantitativa y no experimental. La población fue el total de enfermeras de la UCI. Los resultados evidenciaron que el 25% del personal de enfermería percibió que el registro de eventos adversos era inadecuado. Concluyó que existió relación ($p < 0.000$) entre el registro y frecuencia de eventos adversos.

Quispe (22) (2020) tuvo como objetivo "determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de dicha institución". Metodológicamente, el estudio fue básico, cuantitativo,

prospectivo y transversal. La muestra fueron 60 trabajadores de salud, a los que se les aplicó una encuesta. Los resultados mostraron relación entre "los conocimientos y las actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente" ($p = 0.003$). En conclusión, el estudio determinó que hubo relación entre las variables en estudio.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teorías

El presente estudio se basó en las siguientes teorías de Imogene King y la Teoría del Logro de Objetivos de 1960, quien propone una interacción enfermera-paciente, enmarcada en la capacidad del personal de enfermería para canalizar información y realizar el proceso de atención de enfermería, adecuándose a la investigación ya que en la planificación de cuidados de cuidados de enfermería se sigue una secuencia de procedimientos estructurados, seguro y libre de riesgos. (23) Así mismo se cita a las Teorías del Error y de Reason de 1990, quien menciona que podría existir fallas o accidentes relacionados por diferentes factores, que podrían originar consecuencias perjudiciales. Es decir, explica los errores médicos como resultado de fallos en los sistemas y procesos, más que en defectos individuales; el cual se podrá determinar según el instrumento a aplicar para determinar los distintos factores que estarían implicados en la omisión del registro e eventos adversos; de ahí la importancia de mejorar los sistemas y la cultura organizacional para aumentar la seguridad del paciente (23).

Por otro lado, la teoría de Donabedian o también conocida como el modelo de la Triada Estructura-Proceso-Resultado, nos habla sobre los procesos para evaluar y mejorar la calidad de los servicios, la cual se relaciona con el estudio en su factor resultado al evitar eventos adversos (24).

Y la teoría de la Cultura de Seguridad, la cual sostiene el involucramiento con los valores, guías y métodos, con el objetivo de cimentar las bases de seguridad del paciente; por lo que es inherente mencionar también la teoría de la autocategorización ya que es preciso promover el esfuerzo positivo, la recompensa del trabajo en cultura de seguridad, debiendo reforzar la autoestima del personal que trabaja para ello, evitando barreras para la implantación de la cultura de seguridad (25).

2.2.2. Eventos adversos

2.2.2.1. Definición

Los eventos adversos se definen como los eventos relacionados con la seguridad del paciente, lo define como resultado indeseado o una lesión, no premeditada en la salud del paciente, el cual está vinculado directa o indirectamente con la atención en salud (26).

2.2.2.2. Incidente

Por otro lado, el incidente es todo evento imprevisto no intencional durante la atención al paciente que no ha causado daño, pero pudo haberlo ocasionado en otras circunstancias. Cuando causa daño o lesión se denomina Evento Adverso (26).

2.2.2.3. Registro

Asimismo, el registro de documentos que contienen información uniforme, recolectada de manera sistemática y detallada, con un propósito (27). De igual forma, para EsSalud, el registro es la acción mediante el cual el trabajador va a informar a través del sistema informático u formato disponible, sobre el evento relacionado con la seguridad del paciente, describiéndolo de manera narrativa (26).

2.2.2.4. Notificación

Referente a la notificación, establece que los procesos para el reporte y aprendizaje deben disponer de responsables de la gestión de la información; las mismas que deberán integrar las áreas de Calidad y seguridad del paciente; haciendo que este reporte sea accesible, y que el manejo del entorno legal se dé con la protección de la confidencialidad, y que no está sujeto a sanción o castigo (27).

2.2.3. Omisión del Registro de Eventos Adverso,

Es frecuente el subregistro de los eventos adversos, las cuales forman una barrera para su implementación y sostenibilidad; siendo así inconvenientes para sacar indicadores de gestión de la calidad; así encontramos barreras como: Cultura Profesional, sobrecarga de trabajo, percepción de inutilidad para mejorar las condiciones de los pacientes y la inseguridad jurídica (28).

Es inherente mencionar en este capítulo los aspectos éticos de la notificación de eventos adversos; para ello, citaré a Perestrello (29) quien en su artículo determina las implicancias que tienen los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias para el buen funcionamiento de la notificación y gestión de incidentes y eventos adversos. Concluyendo que la comunicación y actitud de mejora continua deben estar basados en aspecto éticos en la que se coloque en salvaguarda al paciente, siempre buscando su beneficio y respetando su autonomía, así como la justifica en las atenciones (29).

2.2.4. Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos

Son condiciones asociadas a producir una situación, conducta o comportamiento en interacción con otras, tal es así que algunos autores lo clasifican en Factores Personales, institucionales y laborales (29).

2.2.4.1. Los Factores Personales

Son derivadas de la situación vivencial relacionados al desempeño de las funciones, como la edad, sexo, experiencia laboral y formación profesional (29).

2.2.4.2. Los Factores Institucionales

En los que determinaremos tanto los factores institucionales, como el entorno en el que se desempeña la persona. Según Perestrello y García (29) constituyen el estilo de vida de la persona, así como el entorno ambiental, que puedan influir en su condición humana y de salud, así tenemos el clima organizacional, políticas de la empresa, reglamentos internos, salarios, reconocimientos, etc.

2.2.4.3. Factores Laborales

Para Perestrello y García (29) Inherentes a las actividades que el empleado realiza, involucra su ambiente físico, materiales, la comunicación, retroalimentación, así como el grado de satisfacción personal, en la que se le podría estimular al trabajador con tareas más complejas que contribuya con su crecimiento personal.

Sin embargo, según un estudio realizado por Escobar y Correa (30) identificaron las principales causas asociadas al no reporte de incidentes y eventos adversos, con el propósito de reconocer oportunidades de mejora en la seguridad del paciente. Entre los factores más frecuentes se encontraron el temor generado por una cultura punitiva, la percepción de que no es importante reportar, el desconocimiento sobre qué situaciones deben notificarse, la sobrecarga laboral y la ausencia de una cultura institucional orientada al reporte.

2.2.5 Cultura de seguridad del paciente

El modelo completo de conducta individual y de la entidad, fundado en los ideales y principios compartidos, con la finalidad de disminuir los eventos relacionados con la atención en salud. (31)

En relación a la Cultura de Seguridad del Paciente, el Ministerio de Salud (MINSA) lo define como "la cultura de seguridad del paciente es el patrón integrado que expresa el comportamiento a nivel individual y en forma colectiva dentro de la organización, esta se basa en las creencias, actitudes y valores que son compartidos entre ambos, con el objetivo de reducir al mínimo el daño que pueda sufrir el paciente en el proceso de atención" (32).

Y por último la Seguridad del Paciente, según EsSalud es la previsión y mitigación de los perjuicios ocasionados por errores de omisión asociados directa o indirectamente con la atención en salud, el cual considera el avance en organización y mecanismos operativos que reduzcan al mínimo la eventualidad de errores, y aumenten la viabilidad de identificarlos y manejarlos cuando ocurran.

Según la OMS, la define como "Disciplina que busca la atención del paciente con el objetivo de prevenir y reducir los riesgos y daños que pueden sufrir los pacientes durante el proceso sanitario de atención, siendo un requisito indispensable para una atención de calidad, requiriendo lineamientos políticos, claros y liderazgo profesional calificado" (33).

La cultura de seguridad del paciente desde el prisma de enfermería es muy importante, en este trabajo de investigación lo llevaremos hacia una Unidad de Cuidados Intensivos, en la que, desde el acto de reportar, requerimos de una capacidad de comunicación efectiva entre profesionales, el mostrar ser líderes y nuestra capacidad de gestión frente a sucesos imprevistos en una unidad en la que se encuentra en constante movimiento y de procedimientos complejos, así como tener la cultura de registrar un incidentes y notificarlo, esto reforzaría esta práctica de seguridad, ayudando a tomar decisiones apropiadas en el acto en bienestar del paciente.

Evaluación de la cultura de seguridad de los pacientes se encuentra evaluado bajo 12 aspectos de la Cultura de Seguridad del Paciente, y están agrupadas de la siguiente manera:

Cultura de seguridad: Determinará la frecuencia de notificación de eventos adversos, midiendo así si el trabajador cuenta con un trabajo comprometido con la seguridad, y en las condiciones de trabajo, como el ritmo y efectividad de los procedimientos complejos (34).

Trabajo en Equipo: Refleja la eficiencia de trabajar en conjunto dentro y fuera del servicio, asumiendo competencias y responsabilidades (34).

Comunicación: Son las medidas preventivas que la institución permite resguardar, bajo el respeto a la confiabilidad, como medio de una cultura positiva en la organización (33).34

Dirección y Gestión: Se refiere a la organización institucional, orientados hacia el desarrollo de competencias y aprendizaje, así como la dotación de personal (34).

Supervisión: La misma que debe ser ejercida por el líder propiciando espacios de confianza y firmeza en sus acciones, desde un enfoque de mejora y no de forma punitiva; de tal forma el personal deberá hacerse responsable del error cometido, desde el contexto de atención segura al paciente (34).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

Ho: No Existe asociación entre los Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Ha: Existe asociación entre los Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

2.3.2. Hipótesis Específicas

1. Existe asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.
2. Existe asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.
3. Existe asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se realizó empleando el método hipotético-deductivo; porque parte del establecimiento de hipótesis, es decir desde la observación con la formulación de un problema en específico, para que, de manera deductiva, siguiendo teorías, se formule hipótesis, el cual, por medio de este estudio, se responderá; deduciendo entre ellos las variables en investigación, en base al marco teórico (35).

3.2. Enfoque de la investigación

Se optó por el enfoque cuantitativo, ya que permitió medir las variables mediante indicadores y obtener resultados expresados en datos numéricos y estadísticos, facilitando el análisis objetivo de la relación entre las variables en estudio (35).

3.3. Tipo de investigación

Fue aplicada, debido a que buscó generar conocimiento orientado a comprender la potencial asociación entre variables, contribuyendo con evidencia útil para fortalecer estrategias de mejora en los servicios de cuidados intensivos de EsSalud (36)

3.4. Diseño de la investigación

El no experimental fue el diseño elegido, debido a que no se realizó ninguna manipulación entre las variables. Por otro lado, fue corte transversal al aplicar y exponer por única vez los resultados obtenidos. Y el nivel de investigación fue explicativo, porque permitió determinar la asociación existente entre variables (37).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Estuvo conformada por las enfermeras que pertenecen a las áreas de cuidados intensivos de un hospital de Lima, el cual asciende a un total de 380 enfermeras durante los meses del año 2025.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería entre 20 y 65 años de edad, sin distinción de género; lo cual asegura incluir a personal en edad laboral con determinado grado de responsabilidad ética en el trabajo.
- Profesional de enfermería que mantenga vínculo laboral en la institución, indistintamente del tipo de contrato.
- Profesional de enfermería que participe voluntariamente en la investigación y que tenga disponibilidad de tiempo, esto asegura un correcto llenado de los instrumentos a aplicar y que tenga el consentimiento informado correctamente firmado.
- Profesional de enfermería que labore en una unidad de cuidados intensivos adulto de un hospital de EsSalud, es relevante mencionar que labore solo en el cuidado de adultos, dado que el desempeño y funciones en un área crítica de neonatos o pediátricos, es totalmente distinto.
- Personal de enfermería que realice labor asistencial y esté en contacto directo con el paciente adulto crítico.

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería que tenga menos de 3 meses trabajando en una unidad de cuidados intensivos adulto; porque son los plazos mínimos de inducción y capacitación en términos

administrativos y conocimiento de todas las directivas vigentes y aplicables dentro del hospital EsSalud.

- Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones, licencia, o no se encuentre laborando asistencialmente durante la aplicación de la encuesta.
- Personal de enfermería residente o pasante, dado que, a pesar de tener más de 3 meses en la institución, no se involucran con temas de administrativos que engloba el registro de eventos adversos.
- Personal de enfermería que se reincorpora al trabajo asistencial después de un descanso médico o licencia por temas particulares, y que tengan menos de 3 meses de reintegración al servicio de una unidad crítica de adultos, ya que este personal tiene que entrar en proceso de familiarización con los procesos asistenciales y administrativos de registro posiblemente rediseñados durante su ausencia.
- Personal de enfermería que estén llevando diligencias legales con la jefatura inmediata, departamental o con la institución; esto excluye al personal que podría sesgar o responder desde otra perspectiva la encuesta, de acuerdo al tipo de relación que mantiene en ese momento con las personas señaladas.
- Personal de enfermería que esté realizando labores de subjefatura o que realice la coordinación de su grupo de rotación y no toma paciente; este criterio especifica al personal que, en determinadas unidades de cuidados intensivos, el coordinador de grupo sí toma paciente, realizando labor tanto asistencial como administrativa.
- Personal de enfermería que en los últimos tres meses no haya participado de una encuesta o entrevista relacionado con las variables de este estudio; ya que podrían responder de manera automática y no llegar a una respuesta consciente, que es lo que se espera, al tener

el personal de enfermería un alto grado de responsabilidad en el cuidado directo del paciente

3.5.2. Muestra

Para efectuar la muestra, y la viabilidad del proyecto de investigación se trabajó con la siguiente fórmula estadística para poblaciones finitas, el cual representa la composición (38, 39):

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{(N-1) * e^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de la Población = 380

Z: Confiabilidad = 95%

p: Prevalencia de la ocurrencia de un caso = 0.5

q: Complemento de la ocurrencia de un caso = 0.5

e: Error de Muestreo=5%

n = $\frac{380*1.96^2*0.5*0.5}{(380-1)*0.05^2+1.96*0.5*0.5}$

n = 191 enfermeros

3.5.3. Muestreo

El tipo de muestreo será probabilístico, asegurando la representatividad de la muestra, siendo el muestreo aleatorio simple, en la que se asignará según numero de la población 380 números y con la herramienta de software estadístico SPSS versión 25; se generó 191 números aleatorios, donde también se considerados los criterios de selección (40,41).

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	La cual sostiene el involucramiento con los valores, guías y métodos, con el objetivo de cimentar las bases de seguridad del paciente; por lo que es inherente mencionar también la teoría de la autocategorización ya que es preciso promover el esfuerzo positivo, la recompensa del trabajo en cultura de seguridad, debiendo reforzar la autoestima del personal que trabaja para ello, evitando barreras para la implantación de la cultura de seguridad (24).	Se determina por las actividades y procedimientos que realizan los enfermeros de la Unidad de Cuidados de un hospital de Lima para garantizar la atención del paciente de forma segura, evitando un evento adverso	Cultura de Seguridad	• Frecuencia de Eventos Adversos reportados. • Percepción de Seguridad.	Ordinal	• Nunca • Raramente • A veces • Casi siempre. • Siempre - • Malo • Regular • Bueno
			Trabajo en Equipo	• Trabajo en equipo en el servicio. • Trabajo en equipo entre servicios.		
			Comunicación	• Franqueza en la comunicación. • Feed Back y comunicación sobre los errores.		
			Gestión y Dirección	• Aprendizaje Organizacional-Mejora Continua. • Dotación de Personal. • Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente.		
			Supervisión	• Respuesta No Punitiva a los errores. • Problemas en los cambios de turno y rotación de servicios. • Expectativas y Acciones de la dirección, supervisión, y servicios para favorecer la seguridad.		

FACTORES DE OMISIÓN DE LOS REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS	Es el frecuente subregistro de los eventos adversos, las cuales forman una barrera para su implementación y sostenibilidad; siendo así inconvenientes para sacar indicadores de gestión de la calidad; así encontramos barreras como: Cultura Profesional, sobrecarga de trabajo, percepción de inutilidad para mejorar las condiciones de los pacientes y la inseguridad jurídica (27).	Son aquellos factores (personales, laborales e institucionales) que condicionan un determinado comportamiento en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, influyendo en su conducta y el desempeño de sus funciones.	Factores del personal	• Edad • Sexo • Conocimiento • Motivación • El personal conoce el formato de Registro de Eventos Adversos. • El personal identifica con claridad un Evento Adverso, un incidente y un evento centinela.	Nominal	• Si cumple • No cumple - • Cumplimiento • Incumplimiento
			Factores institucionales	• Dotación de profesional de enfermería • El servicio de UCI cuenta con los formatos de registro de eventos adversos.		
			Factores laborales	• El hospital dispone de un sistema de registro y notificación de eventos adversos. • El hospital tiene el consolidado de eventos adversos.		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Fue la encuesta, la cual según Ñaupas et al. (42) es el registro sistemático de información manifestada por un grupo de personas, la cual es tomada como válida y confiable. Esta técnica es ideal porque no genera identificación de la muestra, así mismo una manera económica de obtener datos necesarios para la investigación, dicha encuesta fue entregada a los participantes mediante formato digital.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Se planteó en dos fichas técnicas a emplearse en esta investigación. Primero está el cuestionario de Cultura de Seguridad del paciente: Versión Española. La cual fue adaptado bajo la percepción de los profesionales de enfermería se medirá con un instrumento ampliamente utilizado y validado, la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del paciente (HSOPSC) en sus siglas en inglés, creada por la AHRQ (43,44). El instrumento se encuentra distribuido de la siguiente manera:

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

Y las alternativas de respuestas fueron de tipo Likert: nunca, raramente, a veces, casi siempre y siempre

Los puntos de corte de baremo para medir la variable fueron los siguientes:

- Malo (42 a 98 puntos)

- Regular (99 a 154 puntos)
- Bueno (155 a 210 puntos)

Y como segundo instrumento fue el cuestionario de "Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos" el cual fue tomado y adaptado en base a la investigación de Gordillo et al. (45). La herramienta consta de las siguientes dimensiones:

- Personal: 1 al 12.
- Institucional: 13 al 15.
- Laboral: 16 al 20

Las opciones de respuesta fueron dicotómicas en afirmación (SI) o negación (NO).

Los puntos de corte de baremo para medir la variable fueron los siguientes:

- Incumplimiento (0 a 10 puntos)
- Cumplimiento (11 a 20 puntos)

3.7.3. Validación

Concerniente a la validación de los instrumentos, este fue validado por cuatro expertos en el área de estudio, quienes dieron una evaluación exhaustiva de los ítems de cada instrumento y dando su aprobación a ambas herramientas **(Ver Anexo 3).**

Posterior a ello se realizó la prueba V de Aiken con la intención de dar consistencia estadística a la puntuación expuesta por los jueces donde se obtuvo un valor promedio de 0,96, siendo este aceptable para la prueba.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del primer instrumento fue descubierta por la prueba Alfa de Cronbach ($\alpha>0.7$), esto debido a que maneja opciones de respuesta politómica. Es así que se obtuvo como resultado un valor $\alpha = 0.907$ para los 42 ítems. Mientras que para el instrumento

que midió los Factores de Omisión de registro de eventos adversos se utilizó la prueba de fiabilidad Kuder Richardson (KR-20), el cual obtuvo un valor de 0,819. Ambos fueron superiores al 0,7, por ende, se determinó que ambos instrumentos eran confiables para ser aplicados a la muestra de estudio (46,47) **(Ver Anexo 4).**

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Posterior al recojo de datos, se realizó la estadística descriptiva, como frecuencias y porcentajes, sobre algunas características sociodemográficas de la población en estudio. En cuanto a la estadística inferencial, como la prueba de hipótesis de las variables se utilizó el software programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25, utilizando el estadístico no paramétrico de Chi-Cuadrado y como regla de decisión se trabajó al nivel de significancia p<= 0,05 (48,49,50). Cabe indicar que la prueba estadística se trabajó en base a los puntos de corte de baremo, con los que se realizó la escala valorativa de las variables. Y como forma complementaria a la prueba fue utilizada la V de Cramer con la cual se evidenció el nivel de fuerza de cada asociación (51).

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio de investigación se rigió en base a las normas internacionales y nacionales para estudios en personas; las resoluciones directorales de la Universidad Norbert Wiener (52) y los Resoluciones Gerenciales que administran la oficina de capacitación e investigación de la Seguridad Social; para lo cual se redactó la documentación pertinente hacia el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para realizar la recolección de datos; asegurándose el anonimato de los participantes del estudio; bajo la Ley N° 29733, Ley de Protección de los datos personales (53). Y también se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la entidad universitaria (Anexo 5).

Asimismo, se realizó el anonimato en la base de datos de Excel de todos los participantes. La aplicación se realizó mediante encuesta en línea anónima con el Google forms los cuales fueron enviados a sus respectivos correos, los cuales fueron obtenidos por la entidad en estudio. Cabe indicar que dentro del formulario solo se solicitó la consignación del correo, no se solicitó información adicional como nombres o números de DNI, por ser datos sensibles. Solo se pidió indicar las iniciales de sus nombres como códigos de identificación de su participación en el estudio; así mismo bajo el principio de universalidad se respetará los siguientes principios (54,55,56):

Principio de Autonomía: Lo cual implicó respetar las decisiones de participación o no participación del profesional de enfermería, quienes serán informados de los objetivos de la investigación, entregándoles un Consentimiento Informado, teniendo libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento del desarrollo de la investigación.

Principio de Beneficencia: La seguridad Social al encontrarse en constante crecimiento y al haber obtenido en la actualidad la categorización de Nivel "IV Instituto" respecto al lugar de aplicación del presente estudio, estuvo desarrollando una política de Cultura de Seguridad de atención a todos los asegurados; por tal motivo se informó al personal de enfermería sobre los beneficios indirectos que se obtuvieron respecto a la cultura de seguridad y el registro de eventos adversos; ya que se evidenció un diagnóstico situacional respeto a esta dos variables; y en base a los resultados, se reforzaron planes de mejora en las unidades de cuidados intensivos, llevándose incluso a replicar en escenarios semejantes.

Principio de no maleficencia: Principio que garantizó la no vulneración de la integridad física, psicológica, moral ni social de los participantes; respetando así, desde el

inicio de recolección de datos, hasta la publicación de resultados, las normas de convivencia de las áreas críticas y los protocolos de atención establecidos en la institución.

Principio de justicia: La presente investigación respetó los criterios de inclusión y exclusión establecidos, sin discriminación hacia el personal; tratando a toda la población (Participantes y no participantes), de manera justa y respetuosa.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1

Datos demográficos de participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	30 a 40 años	68	35,6%
	41 a 50 años	57	29,8%
	51 a 60 años	56	29,3%
	61 a 65 años a más	10	5,2%
Sexo	Hombre	34	17,8%
	Mujer	157	82,2%
Estado civil	Soltero/a	64	33,5%
	Con pareja (No conviviente)	2	1,0%
	Conviviente o casado/a	103	53,9%
	Separado/a o divorciado/a	17	8,9%
	Viudo/a	5	2,6%
Servicio donde labora:	UCI 2C	94	49,2%
	UCI 7B	24	12,6%
	UCI III	32	16,8%
	UCI NEURO	21	11,0%
	UCI CARDIO	20	10,5%
Tiempo de Servicio	Menos de 6 meses	11	5,8%
	Entre 6 a 12 meses	4	2,1%
	Entre 1 a 3 años	14	7,3%
	De 3 a 5 años	14	7,3%
	De 5 años a más	148	77,5%
Trabaja en otra Institución	Si	50	26,2%
	No	141	73,8%

En la Tabla 1 se presentan los datos demográficos de los participantes del estudio. En cuanto a la edad, se observa que el grupo predominante estuvo conformado por participantes de 30 a

40 años, con 68 personas, equivalente al 35,6%. Le siguieron los grupos de 41 a 50 años con 57 participantes (29,8%) y de 51 a 60 años con 56 participantes (29,3%). En menor proporción se encontró el grupo de 61 a 65 años a más, con 10 participantes (5,2%). Respecto al sexo, predominó ampliamente el sexo femenino, representado por 157 participantes (82,2%), mientras que el sexo masculino estuvo conformado por 34 participantes (17,8%). Esto evidencia que la población estudiada estuvo compuesta principalmente por mujeres. En relación con el estado civil, la mayor proporción correspondió a participantes convivientes o casados/as, con 103 casos (53,9%). En segundo lugar, se ubicaron los participantes solteros/as, con 64 casos (33,5%). Asimismo, 17 participantes fueron separados/as o divorciados/as (8,9%), 5 fueron viudos/as (2,6%) y 2 indicaron tener pareja no conviviente (1,0%). Con respecto al servicio donde laboran, se identificó que el mayor porcentaje de participantes perteneció a la UCI 1 (UCI 2C) con 94 participantes (49,2%), cabe resaltar que esta unidad es una de las primeras UCIs y la más grande a nivel nacional con casi 50 camas UCIs; seguido de la UCI III con 32 participantes (16,8%), el cual está ubicado en la torre nueva de emergencia, representando la puerta de entrada principal de todos los pacientes referidos a nivel nacional; posteriormente se puede observar en menor proporción a la UCI 2 (UCI 7B) con 24 participantes (12,6%); seguido de la UCI Neurocrítica, con 21 participantes (11%), y la UCI Cardiológica, con 20 participantes (10,5%); estas últimos 3 UCIs son áreas sub-especializadas, con menor número de camas. En cuanto al tiempo de servicio, predominó notablemente el grupo de participantes con 5 años a más de experiencia laboral, representado por 148 personas (77,5%). En menor proporción se encontraron quienes tenían de 1 a 3 años y de 3 a 5 años de servicio, ambos con 14 participantes (7,3% cada uno). Además, 11 participantes tenían menos de 6 meses de servicio (5,8%) y 4 participantes tenían entre 6 a 12 meses (2,1%). Finalmente,

sobre si los participantes trabajan en otra institución, se encontró que la mayoría respondió que no, con 141 participantes (73,8%), mientras que 50 participantes (26,2%) indicaron que sí laboran en otra institución.

Tabla 2

Frecuencia de la variable factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos y dimensiones

Escala	Incumplimiento		Cumplimiento	
Variable/dimensiones	n	%	n	%
Factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos	38	19,9	153	80,1
Personal	39	20,4	152	79,6
Institucional	65	34,0	126	66,0
Laboral	111	58,1	80	41,9

Como resultados descriptivos se evidenció en la Tabla 2 que un 80,1% mostraban cumplir con recabar información sobre los factores de omisión que estarían influyendo en la omisión de registros eventos adversos en el área crítica en la cual laboraban los encuestados. Mientras que un 19,9% mostraron no realizar o conocer dicha labor. Por otro lado, la dimensión personal obtuvo un valor de cumplimiento de 79,6%, es decir, los encuestados indicaron identificar, conocer y saber la importancia del registro, haber sido capacitados, mostrar experiencia, conocer los pasos, entre otros puntos, sin embargo, consideran que su "finalidad es buscar culpables", "llamar la atención" y esto genera "temor en el registro de eventos adversos". Asimismo, la dimensión institucional, obtuvo un valor de 66% de cumplimiento, desde la percepción de los encuestados indicaron contar y conocer el formato de registro de eventos adversos. Y, por último, la dimensión laboral obtuvo una valoración de incumplimiento del 58,1%, es decir, la percepción de la población ene estudio indicó que el hospital no realizaba reportes mensuales, así también no realizaban capacitaciones para el llenado correcto de los formatos y carecían de un seguimiento adecuado de prevención.

Tabla 3

Frecuencia de la variable cultura de seguridad y dimensiones

Escala	Malo		Medio		Bueno	
Variable/dimensiones	n	%	n	%	n	%
Cultura de seguridad del paciente	7	3,7	177	92,7	7	3,7
Cultura de seguridad	13	6,8	168	88,0	10	5,2
Trabajo en equipo	6	3,1	148	77,5	37	19,4
Comunicación	28	14,7	137	71,7	26	13,6
Gestión y dirección	9	4,7	172	90,1	10	5,2
Supervisión	53	27,7	121	63,4	17	8,9

En la Tabla 3 se mostró que el nivel con mayor frecuencia detectada sobre cultura de seguridad del paciente fue el medio (92,7%), es decir los encuestados mostraban poseer una cultura de seguridad medianamente aceptable, por otro lado 3,7% estaban en nivel bueno y 3,7% se ubicaban en el nivel malo. Por otro lado, la dimensión cultura de seguridad se ubica en el nivel medio (88%), con dichos resultados se podría indicar que se llegar a reportar los errores cuando son detectados, pero no en forma óptima. Asimismo, la dimensión trabajo en equipo estuvo en nivel medio (77,5%), con ello se pudo conocer que el trabajo colaborativo, si bien era el adecuado, las interacciones con otros servicios aún presentaban cosas por mejorar y/o dificultades. De igual manera, la dimensión comunicación se posicionó en el nivel medio (71,7%), lo que hizo entender que, la comunicación si bien era abierta, aún persistía una cultura de temor al hablar con los del rango superior, lo que limitaba la discusión de ideas libres o reporte de errores. Referente a la dimensión gestión y dirección, está se ubicó de forma mayoritaria en la escala media (90,1%), por lo que se pudo conocer que existía una intención de promover actividades de seguridad, pero aún tenían desafíos que solucionar en el manejo del personal, la carga de trabajo y las respuestas reactivas. Y, por último, la dimensión Supervisión estuvo en el nivel medio (63,4%), siendo la dimensión más débil y por ende el más crítico del sistema. La información recabada dio a saber que aún persistía el temor al

reporte de errores, fallas en la comunicación y el algún caso el tema de la supervisión reactiva, lo que podría impactar en la seguridad del paciente.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general:

Ha: Existe asociación entre los Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Ho: No Existe asociación entre los Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Tabla 4

Prueba de asociación entre los factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente

			Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos		Total	Chi cuadrado (X^2)
			Incumplimiento	Cumplimiento		
Cultura de seguridad del paciente	Malo	f	7	0	7	Sig. = < 0,001
		%	3,7%	0,0%	3,7%	
	Medio	f	31	146	177	
		%	16,2%	76,4%	92,7%	
	Bueno	f	0	7	7	
		%	0,0%	3,7%	3,7%	
Total		f	38	153	191	V de Cramer = 0,400
		%	19,9%	80,1%	100,0%	

La prueba chi cuadrado (X2) arrojó un valor Sig.<0,001, inferior al nivel de significancia establecido de 0,05; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Además, al estimarse la fuerza de asociación mediante la V de Cramer, se obtuvo un valor de 0,400, lo que indica

una asociación de intensidad moderada. Por lo que se concluyó que existió asociación entre los factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Hipótesis específica 1:

Ha: Existe asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Ho: No existe asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Tabla 5

Prueba de asociación entre el factor personal y el nivel de cultura de seguridad del paciente

			Factor personal		Total	Chi cuadrado (X^2)
			Incumplimiento	Cumplimiento		
Cultura de seguridad del paciente	Malo	f	6	1	7	Sig. = < 0,001
		%	3,1%	0,5%	3,7%	
	Medio	f	33	144	177	
		%	17,3%	75,4%	92,7%	
	Bueno	f	0	7	7	
		%	0,0%	3,7%	3,7%	
Total		f	39	152	191	V de Cramer = 0,328
		%	20,4%	79,6%	100,0%	

La prueba chi cuadrado (X2) arrojó un valor Sig.<0,001, inferior al nivel de significancia establecido de 0,05; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable y la dimensión. Además, al estimarse la fuerza de asociación mediante la V de Cramer, se obtuvo un valor de 0,328, lo

que indica una asociación de intensidad moderada. Por lo que se concluyó que existió asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Hipótesis específica 2:

Ha: Existe asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Ho: No existe asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Tabla 6

Prueba de asociación entre el factor institucional y el nivel de cultura de seguridad del paciente

			Factor institucional		Total	Chi cuadrado (X^2)
			Incumplimiento	Cumplimiento		
Cultura de seguridad del paciente	Malo	f	5	2	7	Sig. = < 0,019
		%	2,6%	1,0%	3,7%	
	Medio	f	60	117	177	
		%	31,4%	75,4%	92,7%	
	Bueno	f	0	7	7	
		%	0,0%	3,7%	3,7%	
Total		f	65	126	191	V de Cramer = 0,204
		%	34,0%	66,0%	100,0%	

La prueba chi cuadrado (X2) arrojó un valor Sig.<0,019, inferior al nivel de significancia establecido de 0,05; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable y la dimensión. Además, al estimarse la fuerza de asociación mediante la V de Cramer, se obtuvo un valor de 0,204, lo

que indica una asociación de intensidad baja. Por lo que se concluyó que existió asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Hipótesis específica 3:

Ha: Existe asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Ho: No existe asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Tabla 7

Prueba de asociación entre el factor laboral y el nivel de cultura de seguridad del paciente

			Factor laboral		Total	
			Incumplimiento	Cumplimiento		
Cultura de seguridad del paciente	Malo	f	7	0	7	Chi cuadrado (X^2) = 0,001
		%	3,7%	0,0%	3,7%	
	Medio	f	104	73	177	
		%	54,5%	38,2%	92,7%	
	Bueno	f	0	7	7	
		%	0,0%	3,7%	3,7%	
Total		f	111	80	191	V de Cramer = 0,278
		%	58,1%	41,9%	100,0%	

La prueba chi cuadrado (X2) arrojó un valor Sig.<0,001, inferior al nivel de significancia establecido de 0,05; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable y la dimensión. Además, al estimarse la fuerza de asociación mediante la V de Cramer, se obtuvo un valor de 0,278, lo que indica una asociación de intensidad baja. Por lo que se concluyó que existió asociación

entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

4.1.3. Discusión de resultados

Como objetivo general se estableció que existía asociación estadísticamente significativa (Sig.<0,001) entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente. Lo que revelaría que los comportamientos u omisiones en el registro no son hechos aislados, sino que se vinculan directamente con el grado de cultura de seguridad presente en la institución. El resultado guarda pertinencia con lo encontrado por Vikan et al. (12), al evidenciar que la cultura de seguridad de los pacientes se encontraba también asociada a una disminución de eventos adversos, encontrándose en un 76% de casos revisados. De igual forma, se presenta el estudio de Tlili et al. (13) en China, al identificar que los factores como la apertura a la comunicación, frecuencia de notificaciones y respuesta punitivas se veían afectados dentro del análisis general. Por otro lado, el estudio de Quispe (21) obtuvo una relación positiva entre ambas variables con un Sig.<0,001, lo cual concluye que a mayor conocimiento de los eventos adversos existe una mejor actitud de seguridad del paciente. Siendo estos indicadores directos con los factores de omisión del registro encontrados en este estudio, sugiriendo así una asociación significativa con el sistema de gestión de calidad y notificación de errores (27).

Concerniente al primer objetivo específico, se logró identificar que el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente estaban asociados (Sig.<0,001). El resultado guarda concordancia con el estudio de Pramesona et al. (16) que identificaron que factores como el miedo a la culpa, la falta de

socialización del sistema o la poca comprensión del proceso de notificaciones podrían ser barreras claves que afectaba de forma directa con temas de registro. Ello es complementado con lo investigado por Tlili et al. (13) quienes indicaron que los indicadores de comunicación y respuesta no punitivas estaban influyendo en la frecuencia en la que se realizaban las notificaciones. Reforzando así la interpretación que los factores personales no podrían analizarse de forma aislada, sino que depende mucho del clima de trabajo y la comunicación existente (28).

Respecto al segundo objetivo específico, se logró identificar que el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente estaban asociados (Sig.<0,019). El hallazgo mostró relación con el estudio de Ordinola (18) al comprobar la existencia de relación entre la gestión de calidad del cuidado, la cual es interpretada como un factor institucional, y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería (Sig.<0,001). Es así que, la idea de que la estructura y liderazgo organizacional impactan directamente en los registros. Ello es respaldado por lo encontrado por Bernal (19), al reportar que una percepción negativa de la cultura institucional estaba vinculada con altos niveles (83%) de no notificación (Sig.<0,001), lo que generaba un problema institucional grave, afectando así la seguridad del paciente. Por otro lado, muestra diferencia con el estudio de Yap (17) que dentro de su estudio la mayoría tiene una actitud desfavorable hacia la notificación, no encontrándose relación significativa, recomendando mayor concientización en la cultura de notificación, seguimiento de indicadores e implementación de estrategias adaptables al personal de salud (28).

Y, por último, se logró identificar el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente estaban asociados

(Sig.<0,001). El hallazgo se alinea con lo realizado por Khaleghi et al. (15) en Irán, al identificar los errores humanos ejecutados por el personal de enfermería, tales como errores de acción, de verificación, de selección, de recuperación y de comunicación desde mayor a menor grado, respectivamente, por lo que sugirieron instrucción adecuada y capacitación a las enfermeras con un sistema de registro de errores y mejorar los controles de gestión de la cultura de seguridad. Por otro lado, Cruz (20), Hata et al. (14) y Bernal (19) mostraron que el registro de eventos adversos dependía mucho de la carga laboral que se tenía y del soporte organizacional, evidenciando así que cuando la persona presenta limitaciones operativas, afecta de forma directa en una disminución del tiempo destinado a la notificación, hecho que puede perjudicar al paciente. Demostrando así que los factores laborales se vinculan significativamente con la cultura de seguridad del paciente (29).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primero: Se estableció que hubo asociación entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente.

Segundo: Se identificó la asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Tercero: Se identificó la asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

Cuarto: Se identificó la asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a la jefatura de enfermería y a la dirección del hospital fortalecer la cultura de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos, dado que se evidenció una asociación estadísticamente significativa y de intensidad moderada entre los factores de omisión del registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente. Esta magnitud de asociación sugiere que las intervenciones institucionales deben priorizarse como una línea central de acción, y no como una medida complementaria, dado el peso explicativo que representa esta variable sobre la cultura de seguridad.
- Dado que el factor personal presentó la asociación de mayor magnitud dentro del estudio, se sugiere priorizar en primer lugar las estrategias dirigidas a este componente:

sensibilización, acompañamiento continuo, fortalecimiento de la responsabilidad profesional y de la ética del cuidado, así como programas que reduzcan el temor al reporte. Al ser el factor con mayor peso relativo sobre la cultura de seguridad, una intervención sostenida sobre este componente podría generar el mayor impacto proporcional en la reducción de la omisión de registros.

- Respecto al factor institucional, si bien se confirmó una asociación estadísticamente significativa, su menor fuerza relativa sugiere que las mejoras en los mecanismos de notificación (formatos, accesibilidad, difusión de la ruta de reporte) deben entenderse como una medida de soporte estructural, complementaria a la intervención sobre el factor personal, más que como el eje principal de la estrategia de mejora.
- En cuanto al factor laboral, se recomienda que las capacitaciones periódicas y la evaluación de su comprensión mediante pruebas o simulaciones se mantengan, pero con una inversión de recursos proporcional a su menor peso explicativo frente al factor personal, priorizando ajustes en la carga laboral y condiciones de turno que puedan estar mediando esta asociación, antes que programas extensos e independientes.
- Se recomienda a futuras investigaciones profundizar, mediante diseños explicativos o cualitativos, en por qué el factor personal concentra la mayor fuerza de asociación, de manera que las intervenciones institucionales puedan diseñarse con mayor precisión sobre los componentes que efectivamente explican la variabilidad en la cultura de seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 [Internet]. Washington D. C.: OPS; 2021. [Consultado el 12 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2021
2. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2023. [Consultado el 3 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
3. Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action [Internet]. Paris: OECD; 2022. [Consultado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-systems/The-economics-of-patient-safety-October-2022.pdf
4. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. Biomédica [Internet]. 2022;42(1). [Consultado el 2 de julio de 2025]. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6169
5. World Health Organization. Información actualizada sobre la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud: 28 de mayo de 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. [Consultado el 10 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021
6. Silva PL, Gouveia MTO, Magalhães RB, Borges BVS, Rocha RC, Guimarães TMM. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Enferm Glob [Internet]. 2021;19(60):427-62. [Consultado el 28 de mayo de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.6018/eglobal.386951

7. Cevallos J, Quishpe G, Quilumba C. Impacto de las Intervenciones de Enfermería en la Reducción de la Mortalidad en Pacientes Críticos: Una Revisión Sistemática. Innov Scie Jour. [Internet]. 2025; 3(E1): 206-218. [Consultado el 24 de junio de 2025]. Disponible en: https://innovasciencejournal.omeditorial.com/index.php/home/article/download/189/400
8. Zárate R, Salcedo, Olvera S, Hernández S, Barrientos S, Pérez M, Sánchez S, Dávalos A, Campuzo G, Terrazas C. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. Enferm Univ [Internet]. 2017. [Consultado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005
9. Lotici A, Santos FDN, et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos. Enferm Glob [Internet]. 2022;21(67):135-78. [Consultado el 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000300135
10. Rojas Realpe RR. Factores relacionados al no reporte de eventos adversos en el Centro de Salud La Troncal Tipo C, en el primer trimestre del 2022 [tesis de maestría]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022. Disponible en: Repositorio PUCE
11. Seguro Social de Salud del Perú. Directiva de registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en EsSalud [Internet]. Lima: EsSalud; 2021. [Consultado el 11 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/2070
12. Burquez Hernández GJ, Zeladita Huaman JA, Carcelén Reluz CG, Hurtado Avila JV. Cultura de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos en enfermeras

intensivistas y emergencistas. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2024;40:e6223. [Consultado el 3 de octubre de 2025]. Disponible en: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6223

13. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023;23(1):300. [Consultado el 14 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8
14. Tlili MA, Aouicha W, Sahli J, Ben Cheikh A, Mtiraoui A, Ajmi T, et al. Assessing patient safety culture in 15 intensive care units: a mixed-methods study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022;22:274. [Consultado el 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12913-022-07665-4
15. Hata T, Murao H, Nakagami-Yamaguchi E, Yamaguchi Y, Eguchi H, Nishihara M, et al. Factors affecting patient safety culture in a university hospital under the universal health insurance system: a cross-sectional study from Japan. Medicine [Internet]. 2022;101(45):e31603. [Consultado el 19 de mayo de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000031603
16. Khaleghi P, Akbari H, Masoudi Alavi N, Motalebi Kashani M, Batooli Z. Identification and analysis of human errors in emergency department nurses using SHERPA method. Int Emerg Nurs [Internet]. 2022;62:101159. [Consultado el 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101159
17. Pramesona BA, Sukohar A, Taneepanichskul S, Rasyid MFA. A qualitative study of the reasons for low patient safety incident reporting among Indonesian nurses. Rev Bras

Enferm [Internet]. 2023;76(4):e20220583. [Consultado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10561923/

18. Yap V. Factores de notificación y actitud hacia los eventos adversos en profesionales de salud en un instituto de Lima, 2022 [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. [Consultado el 21 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/106301
19. Ordinola M. Gestión de calidad del cuidado y cultura de seguridad del paciente en personal de enfermería de un Instituto Nacional. Lima, 2021 [Para obtener el título de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021. [Consultado el 5 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/64827
20. Bernal F. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. Rev Cient CURAE [Internet]. 2020;3(1):43-52. [Consultado el 17 de octubre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.26495/curae.v3i1.1383
21. Cruz L. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras. Servicio de cuidados intensivos. Hospital Goyeneche. Arequipa 2019 [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020. [Consultado el 6 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/134eff0b-2b06-453b-b97c-1742372ad736/content
22. Quispe A. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús [Tesis para obtener el

grado académico de Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener: 2020. [Consultado el 12 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/65de3bfd-150e-423b-beec-b64ca810fb95

23. Reason J. Human error: models and management. BMJ [Internet]. 2000;320(7237):768-70. [Consultado el 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768
24. EBSCO. Donabedian model [Internet]. EBSCO Research Starters. [Consultado el 10 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.ebsco.com/research-starters/social-sciences-and-humanities/donabedian-model
25. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: theory and application. Anesthesiol Clin North Am [Internet]. 2003;21(1):133-44. [Consultado el 30 de junio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0889-8537(02)00046-2
26. Seguro Social de Salud del Perú. Directiva de registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en EsSalud. Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención. Lima: EsSalud; 2021.
27. Casavalle S. Registro de reporte de eventos adversos. Propuesta conceptual [Internet]. Argentina: Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria; 2022. [Consultado el 25 de agosto de 2025]. Disponible en:

https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/375000379999/379793/res248-2.pdf

28. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. Qual Saf Health Care [Internet]. 2002;11(1):15-8. [Consultado el 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.15
29. Perestrello MJ, García E. Los aspectos éticos de la notificación de eventos adversos y la gestión de los riesgos: más allá de la seguridad del paciente. AMF Andal [Internet]. 2021;22(2). [Consultado el 11 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/07/v22n2_07_artRevision_aspectosEticos.pdf
30. Escobar LM, Correa PA. Identificación de las causas de subregistro de reporte de incidentes y eventos adversos en instituciones de mediana y alta complejidad en Colombia 2010-2020 [Tesis optar por el título de especialista en auditoria en salud]. Colombia; Fundación Universitaria del Area Andina: 2021. [Consultado el 22 de noviembre de 2025]: https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/9652741c-22b2-4171-82ca-34a818718cbc/content
31. Da Costa C, Conceição M, Barbieri M, Carvalho J. Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería. Revista Lati Americ Enfermag. [Internet]. 2023; 31, e3837. [Consultado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/bxQWtNNpTKTgGGw7yrnV6fm/?lang=es
32. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial n.º 163-2020-MINSA. Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad [Internet]. Lima: MINSA; 2020. [Consultado el 9 de mayo de 2025].

Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF

33. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Geneva: OMS; 2019. [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
34. Camacho D. Revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0): cultural adaptation, validity and reliability of the Malay version. BMC Health Services Research [Internet]. 2024; 24(1287): 1-11. [Consultado el 8 de julio de 2025]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11802-6
35. Camacho D. El método general de investigación científica y dieciséis métodos de investigación [Internet]. Ciudad de México: Mirdav Natsar Desarrollo Literario; 2024. [Consultado el 8 de julio de 2025]. Disponible en: https://cesnav.uninav.edu.mx/cesnav/doc/EL_METODO_LIBRO.pdf
36. Arias JL. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Arequipa: Enfoques Consulting EIRL; 2022. [Consultado el 2 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
37. Sánchez M, Ponce AI, Rubio M, Navarro F, Olmedo EM. Una aproximación práctica a los diseños de investigación cuantitativa. Espiral Cuad Profr [Internet]. 2024;17(35):117-32. [Consultado el 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9404288.pdf
38. Disfruta de las matemáticas. Intervalo de confianza [Internet]. DLM. [Consultado el 13 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.disfrutalasmatematicas.com/datos/intervalo-confianza.html

39. ArcGIS Pro. ¿Qué es una puntuación z? ¿Qué es un valor P? [Internet]. Esri. [Consultado el 9 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://pro.arcgis.com/es/pro-app/latest/tool-reference/spatial-statistics/what-is-a-z-score-what-is-a-p-value.htm

40. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017;35(1):227-32. [Consultado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037

41. Moreno E. Criterios de inclusión y exclusión [Internet]. Metodología de investigación, pautas para hacer tesis; 2023. [Consultado el 12 de junio de 2025]. Disponible en: https://tesis-investigacion-cientifica.blogspot.com/2023/02/criterios-de-inclusion-y-exclusion.html

42. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. Metodología de la investigación total. Cuantitativa – Cualitativa y redacción de tesis. Ediciones de la U; 2023.

43. Agency for Healthcare Research and Quality. SOPS® Hospital Survey. [Internet]. Estados Unidos; 2019: [Consultado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html

44. Núñez E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú – 2018. [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Perú; Universidad Peruana Unión: 2017. Disponible en: https://repositorio.usat.edu.pe/items/11994c4c-3e67-42f8-ac52-5b5fa4aa00ba

45. Gordillo L, Pereda M, Salazar CE. Factores asociados en el incumplimiento del registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, en los servicios de Adolescentes y Cirugía del instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. [Tesis para

optar el título profesional de enfermería]. Perú; Universidad Peruana Unión: 2017. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_90098f89ea85f22d876a99d369e72529

46. Toro R, Peña M, Avendaño B, Mejía S, Bernal A. Análisis empírico del Coeficiente Alfa de Cronbach según opciones de respuesta, muestra y observaciones atípicas. Rev Iberoameric Diagnóst y Evaluac Avali Psicológi. [Internet]. 2022; 2(63), 17. [Consultado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/4596/459671926003/html/
47. Uyanah D, Nsikhe U. The theoretical and empirical equivalence of Cronbach alpha and Kuder-Richardson formular-20 reliability coefficients. International Research Journal of Innovations in Engineering and Technology. [Internet]. 2023; 7(5): 17. [Consultado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://search.proquest.com/openview/7a92b15bfd542c896548d3cc2bcdab1e/1?pq-origsite=gscholar&
48. Cerda L J, Villarroel Del P L. Interpretación del test de chi-cuadrado (X2) en investigación pediátrica. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2007;78(4):414-7. [Consultado el 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000400010
49. Hernández Y, Hernández VJ, Batista NE, Tejeda. ¿Chi cuadrado o ji cuadrado? Medicentro Electrónica [Internet]. 2017;21(4):294-5. [Consultado el 8 de octubre de 2025].

50. García J. Análisis en los estudios epidemiológicos V: prueba de chi cuadrado y análisis de la varianza. NURE Investig [Internet]. 2006. [Consultado el 4 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/273
51. Betancourt A, Gaviedes I. Metodología de correlación estadística de un sistema integrado de gestión de la calidad 1 en el sector salud. Signos. [Internet]. 2018; 10(1): 119-139. [Consultado el 4 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6726339.pdf
52. Lozada O, Soledad J. Guía para la elaboración de la tesis: Enfoque cuantitativo. [Archivo PDF]. Universidad Norbert Wiener; 2022. [Consultado el 4 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.uwiener.edu.pe/wp-content/uploads/2025/09/guia-elaboracion-tesis-cuantitativo.pdf
53. Congreso de la República. Ley N.° 29733: Ley de Protección de Datos Personales. 3 de julio de 2011. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733
54. Pérez M, Berea R, Roy IA, Palacios-Cruz L, Rivas-Ruiz R. Lista para aspectos éticos de investigaciones en humanos. Rev Alerg Mex [Internet]. 2019;66(4):474-82. [Consultado el 15 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.29262/ram.v66i4.706
55. Acevedo Pérez I. Aspectos éticos en la investigación científica. Cienc Enferm [Internet]. 2002;8(1):15-8. [Consultado el 26 de junio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003
56. Solís G, Alcalde G, Alfonso I. Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos. An Pediatr [Internet]. 2023;99(3):195-202. [Consultado el 18 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.005

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos y cultura de seguridad del paciente en enfermería en cuidados intensivos, EsSalud, 2025

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema General ¿Existe asociación entre los factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados críticos en un hospital de Lima,2025? **Problema Específicos** 1. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima? 2. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima? 3. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de	**Objetivo General** Establecer la asociación entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente. **Objetivos Específicos** 1. Identificar la asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. 2. Identificar la asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. 3. Identificar la asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel	**Hipótesis general** Ha: Existe asociación entre los Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. Ho: No Existe asociación entre los Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente, en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. **Hipótesis específicas** Ha: Existe asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. Ho: No existe asociación entre el tipo de factor personal de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura	**Variable 1** Cultura de seguridad del paciente **Dimensiones** Cultura de Seguridad Trabajo en Equipo Comunicación Gestión y Dirección Supervisión **Variable 2** Factores asociados a la omisión del registro de eventos adversos **Dimensiones** Factores del personal	**Tipo de investigación** Observacional **Método y diseño de la investigación** **Método** Hipotético-deductivo **Diseño** No experimental **Corte** Transversal **Nivel** Descriptivo-correlacional **Población, muestra y muestreo**

enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima?	de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima	de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. Ha: Existe asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. Ho: No existe asociación entre el tipo de factor institucional de omisión de registros de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. Ha: Existe asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima. Ho: No existe asociación entre el tipo de factor laboral de omisión de registros de eventos adversos, y el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima.	Factores institucionales Factores laborales	**Población** 380 enfermeras/os **Muestra** 191 enfermeras/os **Muestreo** Probabilístico aleatorio simple

Anexo 2: Instrumentos

Instrumento de Recolección de Datos: Cultura de Seguridad del Paciente.

I. Introducción:

Estimada (o) licenciada (o) en enfermería:

El presente formulario tiene como objetivo recabar información sobre la cultura de seguridad del paciente en el área crítica en la cual Ud. Labora. Por lo que se le invita a responder con veracidad las siguientes consultas.

De antemano agradezco su participación, garantizándole total confidencialidad con la información brindada, ya que será totalmente anónimo y se mantendrá en estricta reserva.

II. Datos Generales:

Edad				
Sexo	**Femenino**		**Masculino**	
Estado Civil				
Tiempo de Servicio				
Trabaja en otra Institución	**Si**		**No**	

III. Instrucciones:

Usted podrá observar una serie de preguntas y/o proposiciones las cuales responderá con veracidad y de acuerdo a sus propias experiencias, marcando con un "x" el número que representa la frecuencia con que a Ud. Le suele ocurrir dichas situaciones, encontrando en el extremo derecho de cada enunciado las posibilidades que deberá marcar, pudiendo marcar sólo una alternativa; donde:

1 = Nunca

2 = Raramente

3 = A veces

4 = Casi Siempre

5 = Siempre

IV. Contenido:

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

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

Instrumento de Recolección de Datos: Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos

I. Introducción:

Estimada (o) licenciada (o) en enfermería:

El presente formulario tiene como objetivo recabar información sobre los factores de omisión que estarían influyendo en la omisión de registros eventos adversos en el área crítica en la cual Ud. Labora. Por lo que se le invita a responder con veracidad las siguientes consultas.

De antemano agradezco su participación, garantizándole total confidencialidad con la información brindada, ya que será totalmente anónimo y se mantendrá en estricta reserva.

II. Datos Generales:

Edad				
Sexo	**Femenino**		**Masculino**	
Estado Civil				
Tiempo de Servicio				
Trabaja en otra Institución	**Si**		**No**	
Ud. ¿Ha registrado algún evento adverso?	**Si**		**No**	

III. Instrucciones:

Usted podrá observar una serie de preguntas y/o proposiciones las cuales responderá con veracidad y de acuerdo a sus propias experiencias, marcando con un "X" pudiendo marcar sólo una alternativa;

IV. Contenido:

N°	Cuestionario	Si	No
1	Indique usted si es importante el registro de eventos adversos.		
2	Usted recibió capacitación sobre el registro de eventos adversos		
3	Usted tiene experiencia en el registro de eventos adversos		
4	Conoce los pasos para el registro de eventos adversos		
5	Los eventos adversos se dividen en: leve, moderado, grave, muerte		
6	Sé identificar con claridad un evento adverso		
7	Sé identificar un incidente		
8	Sé identificar un evento centinela		

9	Me da temor el registrar un evento adverso		
10	Dispongo de tiempo para el registro de los eventos adversos		
11	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad búsqueda de culpables		
12	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad llamada de atención		
13	Mi servicio cuenta con el formato de registro de eventos adversos		
14	Conozco el formato para registrar los eventos adversos		
15	Su jefe directo motiva al personal de enfermería para el registro de eventos adversos.		
16	El hospital cuenta con un sistema para el registro y seguimiento de eventos adversos		
17	El Hospital cuenta con un reporte mensual de eventos adversos		
18	El hospital capacita al personal de enfermería en el correcto registro de los eventos adversos		
19	El hospital demuestra la importancia del registro de eventos adversos en la mejora de la seguridad del paciente.		
20	El Hospital da seguimiento efectivo para la prevención de la ocurrencia.		

Anexo 3: Validez del instrumento

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 1: Cultura de Seguridad en el Paciente							
	DIMENSIÓN 1: Cultura de Seguridad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
10	No se producen más fallos por casualidad.	✓		✓		✓		
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad de paciente.	✓		✓		✓		
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	✓		✓		✓		
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	✓		✓		✓		
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	✓		✓		✓		
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Trabajo en Equipo	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	El personal se apoya mutuamente.	✓		✓		✓		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	✓		✓		✓		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	✓		✓		✓		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	✓		✓		✓		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	✓		✓		✓		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	✓		✓		✓		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Comunicación	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	✓		✓		✓		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	✓		✓		✓		
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	✓		✓		✓		
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4: Gestión y dirección							
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	✓		✓		✓		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	✓		✓		✓		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	✓		✓		✓		
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	✓		✓		✓		
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	✓		✓		✓		
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	✓		✓		✓		
23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		

30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	✓		✓		✓		
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 5: Supervisión							
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	✓		✓		✓		
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	✓		✓		✓		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	✓		✓		✓		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	✓		✓		✓		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	✓		✓		✓		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	✓		✓		✓		
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	✓		✓		✓		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 2: Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
	DIMENSIÓN 1: Personal							
1	Indique usted si es importante el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
2	Usted recibió capacitación sobre el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
3	Usted tiene experiencia en el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
4	Conoce los pasos para el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
5	Los eventos adversos se dividen en: leve, moderado, grave, muerte	✓		✓		✓		
6	Sé identificar con claridad un evento adverso	✓		✓		✓		
7	Sé identificar un incidente	✓		✓		✓		
8	Sé identificar un evento centinela	✓		✓		✓		
9	Me da temor el registrar un evento adverso	✓		✓		✓		
10	Dispongo de tiempo para el registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
11	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad búsqueda de culpables	✓		✓		✓		
12	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad llamada de atención	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Institucional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Sugerencias**
13	Mi servicio cuenta con el formato de registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
14	Conozco el formato para registrar los eventos adversos	✓		✓		✓		
15	El hospital cuenta con un sistema para el registro y seguimiento de eventos adversos	✓		✓		✓		
16	El Hospital cuenta con un reporte mensual de eventos adversos	✓		✓		✓		

17	El hospital capacita al personal de enfermería en el correcto registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
18	Su jefe directo motiva al personal de enfermería para el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
19	El hospital demuestra la importancia del registro de eventos adversos en la mejora de la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	El Hospital da seguimiento efectivo para la prevención de la ocurrencia.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Cecibel Cursela Aparcana Espinoza.

DNI: 09963725

Especialidad del validador: Mg Salud Publica.

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

12 de 02 del 2025

ESSalud-HNERM
Dra. Nut. Cecibel Cursela Aparcana Espinoza
CNP 2410 / RNE 200

Firma del Experto Informante

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 1: Cultura de Seguridad en el Paciente							
	DIMENSIÓN 1: Cultura de Seguridad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
10	No se producen más fallos por casualidad.	✓		✓		✓		
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad de paciente.	✓		✓		✓		
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	✓		✓		✓		
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	✓		✓		✓		
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	✓		✓		✓		
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Trabajo en Equipo	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	El personal se apoya mutuamente.	✓		✓		✓		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	✓		✓		✓		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	✓		✓		✓		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	✓		✓		✓		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	✓		✓		✓		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	✓		✓		✓		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Comunicación	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	✓		✓		✓		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	✓		✓		✓		
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	✓		✓		✓		
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4: Gestión y dirección							
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	✓		✓		✓		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	✓		✓		✓		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	✓		✓		✓		
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	✓		✓		✓		
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	✓		✓		✓		
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	✓		✓		✓		
23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		

30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	✓		✓		✓		
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 5: Supervisión							
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	✓		✓		✓		
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	✓		✓		✓		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	✓		✓		✓		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	✓		✓		✓		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	✓		✓		✓		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	✓		✓		✓		
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	✓		✓		✓		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 2: Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
	DIMENSIÓN 1: Personal							
1	Indique usted si es importante el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
2	Usted recibió capacitación sobre el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
3	Usted tiene experiencia en el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
4	Conoce los pasos para el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
5	Los eventos adversos se dividen en: leve, moderado, grave, muerte	✓		✓		✓		
6	Sé identificar con claridad un evento adverso	✓		✓		✓		
7	Sé identificar un incidente	✓		✓		✓		
8	Sé identificar un evento centinela	✓		✓		✓		
9	Me da temor el registrar un evento adverso	✓		✓		✓		
10	Dispongo de tiempo para el registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
11	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad búsqueda de culpables	✓		✓		✓		
12	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad llamada de atención	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Institucional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Sugerencias**
13	Mi servicio cuenta con el formato de registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
14	Conozco el formato para registrar los eventos adversos	✓		✓		✓		
15	El hospital cuenta con un sistema para el registro y seguimiento de eventos adversos	✓		✓		✓		
16	El Hospital cuenta con un reporte mensual de eventos adversos	✓		✓		✓		

17	El hospital capacita al personal de enfermería en el correcto registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
18	Su jefe directo motiva al personal de enfermería para el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
19	El hospital demuestra la importancia del registro de eventos adversos en la mejora de la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	El Hospital da seguimiento efectivo para la prevención de la ocurrencia.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: .....Mg. MIRANDA VIDAL, SANTOS YUDY.....

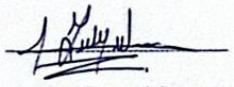
DNI: .....46024334.....

Especialidad del validador: .....GESTION EN SERVICIOS DE SALUD.....

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

....13...de...02....del 2025



Firma del Experto Informante

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 1: Cultura de Seguridad en el Paciente							
	DIMENSIÓN 1: Cultura de Seguridad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
10	No se producen más fallos por casualidad.	✓		✓		✓		
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad de paciente.	✓		✓		✓		
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	✓		✓		✓		
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	✓		✓		✓		
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	✓		✓		✓		
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Trabajo en Equipo	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	El personal se apoya mutuamente.	✓		✓		✓		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	✓		✓		✓		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	✓		✓		✓		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	✓		✓		✓		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	✓		✓		✓		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	✓		✓		✓		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Comunicación	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	✓		✓		✓		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	✓		✓		✓		
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	✓		✓		✓		
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4: Gestión y dirección							
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	✓		✓		✓		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	✓		✓		✓		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	✓		✓		✓		
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	✓		✓		✓		
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	✓		✓		✓		
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	✓		✓		✓		
23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		

30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	✓		✓		✓		
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 5: Supervisión	✓		✓		✓		
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	✓		✓		✓		
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	✓		✓		✓		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	✓		✓		✓		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	✓		✓		✓		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	✓		✓		✓		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	✓		✓		✓		
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	✓		✓		✓		

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 2: Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos	Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Personal							
1	Indique usted si es importante el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
2	Usted recibió capacitación sobre el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
3	Usted tiene experiencia en el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
4	Conoce los pasos para el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
5	Los eventos adversos se dividen en: leve, moderado, grave, muerte	✓		✓		✓		
6	Sé identificar con claridad un evento adverso	✓		✓		✓		
7	Sé identificar un incidente	✓		✓		✓		
8	Sé identificar un evento centinela	✓		✓		✓		
9	Me da temor el registrar un evento adverso	✓		✓		✓		
10	Dispongo de tiempo para el registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
11	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad búsqueda de culpables	✓		✓		✓		
12	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad llamada de atención	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Institucional	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
13	Mi servicio cuenta con el formato de registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
14	Conozco el formato para registrar los eventos adversos	✓		✓		✓		
15	El hospital cuenta con un sistema para el registro y seguimiento de eventos adversos	✓		✓		✓		
16	El Hospital cuenta con un reporte mensual de eventos adversos	✓		✓		✓		

17	El hospital capacita al personal de enfermería en el correcto registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
18	Su jefe directo motiva al personal de enfermería para el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
19	El hospital demuestra la importancia del registro de eventos adversos en la mejora de la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	El Hospital da seguimiento efectivo para la prevención de la ocurrencia.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [✓]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: GINA LIZETH SOTO ARIAS

DNI: 44090446

Especialidad del validador: Enf. Especialista en Cuidados Intensivos Adultos CEP: 72433/REE: 19054

10 de Febero del 2025

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Gina Lizeth Soto Arias
Lic. en Enfermería
CEP. 72433

Firma del Experto Informante

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 1: Cultura de Seguridad en el Paciente							
	DIMENSIÓN 1: Cultura de Seguridad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
10	No se producen más fallos por casualidad.	✓		✓		✓		
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad de paciente.	✓		✓		✓		
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	✓		✓		✓		
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	✓		✓		✓		
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	✓		✓		✓		
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Trabajo en Equipo	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	El personal se apoya mutuamente.	✓		✓		✓		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	✓		✓		✓		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	✓		✓		✓		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	✓		✓		✓		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	✓		✓		✓		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	✓		✓		✓		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Comunicación	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	✓		✓		✓		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	✓		✓		✓		
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	✓		✓		✓		
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4: Gestión y dirección							
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	✓		✓		✓		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	✓		✓		✓		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	✓		✓		✓		
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	✓		✓		✓		
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	✓		✓		✓		
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	✓		✓		✓		
23	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		

30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	✓		✓		✓		
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	✓		✓			✓	
	DIMENSIÓN 5: Supervisión							
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	✓		✓		✓		
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	✓		✓		✓		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	✓		✓		✓		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	✓		✓		✓		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	✓		✓		✓		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	✓		✓		✓		
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	✓		✓		✓		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Variable 2: Factores de Omisión de Registro de Eventos Adversos	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
	DIMENSIÓN 1: Personal							
1	Indique usted si es importante el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
2	Usted recibió capacitación sobre el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
3	Usted tiene experiencia en el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
4	Conoce los pasos para el registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
5	Los eventos adversos se dividen en: leve, moderado, grave, muerte	✓		✓		✓		
6	Sé identificar con claridad un evento adverso	✓		✓		✓		
7	Sé identificar un incidente	✓		✓		✓		
8	Sé identificar un evento centinela	✓		✓		✓		
9	Me da temor el registrar un evento adverso	✓		✓		✓		
10	Dispongo de tiempo para el registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
11	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad búsqueda de culpables	✓		✓		✓		
12	El registro de los eventos adversos tiene como finalidad llamada de atención	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Institucional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Sugerencias**
13	Mi servicio cuenta con el formato de registro de eventos adversos	✓		✓		✓		
14	Conozco el formato para registrar los eventos adversos	✓		✓		✓		
15	El hospital cuenta con un sistema para el registro y seguimiento de eventos adversos	✓		✓		✓		
16	El Hospital cuenta con un reporte mensual de eventos adversos	✓		✓		✓		

17	El hospital capacita al personal de enfermería en el correcto registro de los eventos adversos	✓		✓		✓		
18	Su jefe directo motiva al personal de enfermería para el registro de eventos adversos.	✓		✓		✓		
19	El hospital demuestra la importancia del registro de eventos adversos en la mejora de la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
20	El Hospital da seguimiento efectivo para la prevención de la ocurrencia.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [ ]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Miana Pilar Armas Valerio

DNI: 04083173

Especialidad del validador: Gestión en Salud

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

14 de 02 del 2025



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,907	42

Estadísticas de fiabilidad	
Kuder Richardson	N de elementos
0,819	20

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 03 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:
LIZ JOSELÍ PAJUELO ESPINOZA

Exp. Nº: 2474-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"Factores asociados a la omisión de registro de eventos adversos y cultura de seguridad en enfermeras de UCI, EsSalud, 2025"**
Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 27/10/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
LIZ JOSELÍ PAJUELO ESPINOZA

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

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

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener
Investigadores : PAJUELO ESPINOZA, LIZ JOSELÍ
Título : FACTORES ASOCIADOS A LA OMISIÓN DEL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS, ESSALUD, 2025

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: "**FACTORES ASOCIADOS A LA OMISIÓN DEL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS, ESSALUD, 2025**". Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, ***FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA, Escuela Académico Profesional de Farmacia y Bioquímica***. El propósito de este estudio es **Establecer la asociación entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente**. Su ejecución ayudará/permitirá: **Encontrar la asociación entre los tipos de factores de omisión de registro de eventos adversos y el nivel de cultura de seguridad del paciente**.

Procedimientos:
Si Usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

- La participación en este estudio consistirá en completar una encuesta.
- La participación en este estudio no tiene algún costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.
- La participación es anónima y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos.
- Usted no está expuesto a ningún riesgo.
- Si decide no culminar la encuesta, usted puede abandonar su participación en cualquier momento.

La encuesta puede demorar unos 25 minutos. Los resultados del cuestionario se le entregaran a Usted en forma individual y se almacenaran respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos:
Su participación en el estudio no está sujeto a ningún tipo de riesgo física o mental. El encuestador dispone de alcohol a su disposición para su respectiva desinfección de manos y cuerpo, esto con el fin de disminuir el riesgo de contagio. Puede solicitar ello para su uso una vez culminado el llenado del cuestionario entregado.
La negación de participar o de llenar el cuestionario no estará sujeto a ningún tipo de problema legal o administrativo hacia su persona, recuerde que todo esto realizado con fines académicos y de investigación.

Beneficios:

Usted se beneficiará conociendo que tan satisfecho se encuentra respecto al servicio que brinda el área de farmacia. Para recibir toda esta información lo puede solicitar al encuestador que le haga llegar sus resultados escribiéndole al siguiente correo electrónico: lizpajueloe@gmail.com

Debe saber que los resultados serán procesados de manera totalmente anónima, por lo que se expondrá ningún tipo de característica física (color de piel y fisionomía) o característica mental que pueda perjudicar su imagen como persona. El procesamiento será realizado de manera grupal así que no se podrá expondrá sus resultados de manera individual, muy independientemente de las respuestas que haya colocado dentro del cuestionario.

Costos e incentivos:
Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:
Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente:
Si usted se siente incómodo durante el cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la Srta. *Liz Joselí Pajuelo Espinoza - +51 958 034 417.*

CONSENTIMIENTO
Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante	**Investigadora:**
Nombres:	**Nombres:**
DNI:	**DNI:**

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

EsSalud

PERÚ | Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo | Seguro Social de Salud EsSalud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Jesús María, 18 de diciembre de 2025

Señor
KHRISTIAN VIGIL VEGA
Secretario General
Universidad Privada Norbert Wiener S.A

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE ESTUDIO DE CAMPO.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, con respecto al asunto en mención, a la licenciada **Liz Joselí Pajuelo Espinoza,** se le brindará las facilidades necesarias para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos a todos los enfermeros que laboran en el área de cuidados intensivos de forma asistencial en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Esperando con ello cumplir con la elaboración de su proyecto de investigación denominado: "FACTORES ASOCIADOS A LA OMISIÓN DEL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS, ESSALUD, 2025"

Sin otro particular

Atentamente,

ENF. JEFE ELIZABETH MADARIAGA TOLA
SERVICIO 7B UCI- DPTO.ENFERM

EMT

19% 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

17% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
14% 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

17% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
14% 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 7%

2 Internet
alicia.concytec.gob.pe 4%

3 Internet
hdl.handle.net <1%

4 Internet
repositorio.uma.edu.pe <1%

5 Internet
patientsafetymovement.org <1%

6 Internet
apirepositorio.unh.edu.pe <1%

7 Trabajos entregados
Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-08-05 <1%

8 Internet
www.tdx.cat <1%

9 Trabajos entregados
Universidad Cesar Vallejo on 2016-03-22 <1%

10 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2022-12-31 <1%

11 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2022-09-14 <1%