



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, hospital público.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestro en Gestión de los servicios de la salud**

**AUTORAS:**

**Br. Lisset Villalobos Cachay.**

**Br. Mavila Guevara Medina.**

**ASESORA:**

**Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla**

**SECCIÓN:**

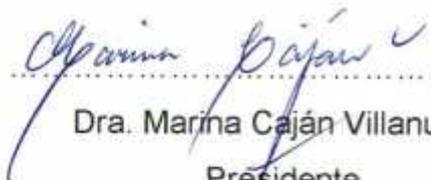
**Ciencias Médicas**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Calidad de las Prestaciones Asistenciales y del riesgo en salud**

**PERÚ– 2018**

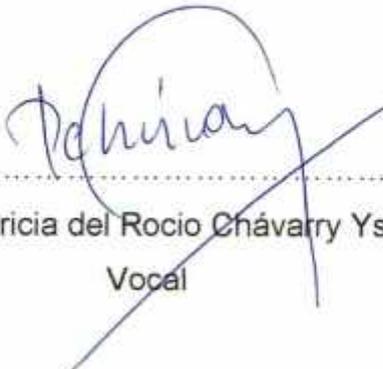
## PÁGINA DEL JURADO



.....  
Dra. Marina Caján Villanueva  
Presidente



.....  
Dra. Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas  
Secretaria



.....  
Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla  
Vocal

## **DEDICATORIA**

*A mis queridas hijitas: LUCIANA BELÉN y SAMANTHA, que son el amor más puro del mundo, a pesar de los sacrificios por robar el tiempo que les correspondía este producto vale la pena.*

*A mi esposo ABEL con el cual compartimos conocimientos y la experiencia de la vida.*

*A mis adorados padres: LUPE y SILMER que no se cansan de apoyarme y alentarme para siempre desarrollarme en mi campo profesional de la Enfermería.*

*A mi querida Amiga MAVILA por la gran idea para esta investigación que demuestra el gran compromiso que tiene con nuestra profesión.*

**Lisset**

*Dedico esta tesis en primer lugar a mis PADRES, porque me dieron la vida y la oportunidad de elegir una profesión tan noble y de servicio a los demás.*

*A un ser especial: mi hija FABIANA NICOLLE, que a pesar de su corta edad, comprende el poco tiempo que a veces le dedico, ella es el mayor estímulo para que cada día continúe creciendo y desarrollando cada uno de los aspectos de mi vida.*

*A mi hermana EDELMIRA y su familia por su apoyo incondicional en el cuidado de mi hija y porque siempre están dispuestos a ayudarme ante cualquier circunstancia de la vida.*

*A mi gran amiga y compañera de tesis LISSET, por ser ejemplo de fuerza y perseverancia y por su gran contribución en el desarrollo de esta investigación.*

**Mavila**

## **AGRADECIMIENTO**

*A nuestra asesora, Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla por compartir sus conocimientos y experiencias, desde el primer ciclo de la Maestría y por guiarnos a lo largo del desarrollo de nuestra investigación.*

*A las Dras. y Mgs. en Enfermería por su apoyo en la validación del Instrumento y la propuesta de nuestra investigación.*

*A cada uno de los enfermeros que participaron voluntariamente compartiendo la información que hizo posible esta investigación.*

***Las Autoras***

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo Lisset Villalobos Cachay, con DNI N° 40626084, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Agosto del 2018

Lisset Villalobos Cachay

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo Mavila Guevara Medina, con DNI N° 33676294, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Agosto del 2018

Mavila Guevara Medina

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

Se presenta la tesis titulada: “Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público”; realizada de conformidad con el Reglamento de Investigación de Postgrado vigente, para obtener el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

El informe está conformado por seis capítulos: Capítulo I, Introducción; Capítulo II, Método; Capítulo III, Resultados; Capítulo IV, Discusión; Capítulo V, Conclusiones y Capítulo VI, Recomendaciones; Además se incluye las referencias y el anexo correspondiente.

Se espera, que esta investigación concuerde con las exigencias establecidas por nuestra Universidad y merezca su aprobación.

Las Autoras.

## ÍNDICE

|   |      |
|---|------|
| PÁGINA DEL JURADO.....  | ii   |
| DEDICATORIA.....  | iii  |
| AGRADECIMIENTO.....   | iv   |
| DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....   | v    |
| PRESENTACIÓN.....   | vii  |
| ÍNDICE.....   | viii |
| RESUMEN.....  | x    |
| ABSTRACT.....   | xi   |
| I. INTRODUCCIÓN.....  | 13   |
| 1.1. Realidad problemática.....   | 13   |
| 1.2. Trabajos previos.....  | 16   |
| 1.3. Teorías relacionadas con el tema.....  | 19   |
| 1.4. Formulación del problema.....  | 34   |
| 1.5. Justificación del estudio.....   | 34   |
| 1.6. Objetivos.....   | 35   |
| II. METODOLOGÍA.....  | 36   |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación.....  | 37   |
| 2.2. Variables, operacionalización.....   | 39   |
| 2.3. Población y muestra.....   | 41   |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y<br>confiabilidad..... | 42   |
| 2.5. Métodos de análisis de datos.....  | 44   |
| 2.6. Aspectos éticos.....   | 44   |
| III. RESULTADOS.....  | 47   |
| IV. DISCUSIÓN.....  | 52   |
| V. CONCLUSIONES.....  | 57   |
| VI. RECOMENDACIONES.....  | 59   |
| VII. REFERENCIAS.....   | 61   |
| ANEXOS.....   | 68   |
| Anexo 1: Consentimiento informado.....  | 69   |

|  |     |
|--|-----|
| Anexo 2: Instrumentos.....                                     | 70  |
| Anexo 3: Constancia de validación por juicios de expertos..... | 73  |
| Anexo 4: Ficha técnica.....                                    | 81  |
| Anexo 5: Propuesta.....  | 84  |
| Anexo 6: Constancia de Validación de la Propuesta.....         | 96  |
| Anexo 7: Matriz de Consistencia.....                           | 100 |
| Anexo 8: Base de datos .....                                   | 101 |
| Anexo 9: otros. ....   | 105 |
| Acta de Autorización de publicación de tesis.....              | 107 |
| Acta de Aprobación de originalidad de tesis.....               | 109 |

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general proponer un Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas. Hospital Público; fue de naturaleza cuantitativa, descriptiva y proyectiva. La población y muestra lo constituyeron 20 enfermeros de áreas críticas. Se utilizó como técnica una escala para medir actitudes y el instrumento una escala tipo Likert, fue validado por juicio de 4 expertos y con una prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.8. Los principios éticos se aplicaron basados en el Informe Belmont, fueron el de beneficencia, respeto a las personas y justicia. Los resultados mostraron que el 75% de los investigados tienen una actitud negativa frente al registro de eventos adversos, para el componente cognitivo, el mismo porcentaje tuvieron una actitud indiferentes según el componente afectivo y un 80% de actitud indiferente para el componente conductual. Se concluyó que la actitud global es de indiferencia en el 85% de los enfermeros en base a estos hallazgos se propuso un Modelo de gestión que contribuya a la mejora de la actitud del personal, frente al registro de eventos adversos.

Palabras clave: Actitud, registros, adverso, administración hospitalaria. (Decs. Bireme)

## **ABSTRACT**

The present investigation: "Management Model to improve the attitude of nurses in the registry of adverse events. Critical areas. Public hospital. Chiclayo ". Its general objective was to propose a Management Model to improve the attitude of nurses in the registry of adverse events; It was quantitative, descriptive and projective. The population and sample consisted of 20 nurses from critical areas. The technique used was a scale to measure attitudes and the instrument was a Likert type scale, which was validated by 4 experts and with a reliability test by Cronbach's alpha of 0.8. The ethical principles were applied based on the Belmont Report, were the charity, respect for people and justice. The results showed that 75% of those investigated have a negative attitude for the cognitive component; the same percentage had an indifferent attitude according to the affective component and an 80% of indifferent attitude for the behavioral component. It was concluded that the overall attitude is one of indifference in 85% of nurses. The researchers propose a management model that contributes to the improvement of the attitude of the staff, as opposed to the registry of adverse events.

Keywords: Attitude, records, adverse, hospital administration.

**CAPÍTULO I**  
**INTRODUCCIÓN**

## I. INTRODUCCIÓN

Como profesionales de la Salud, sabemos lo que debemos hacer, basados en una cultura de seguridad de cero errores, donde el proceso de feedback permanente permite evaluar factores del porque falla el reporte de los eventos adversos.

Lo esencial de la gestión de los cuidados es la fundamentación para asumir la función gestora que permita representaciones administrativas desde la posición jerárquica donde se encuentren como desde un mando asesor, como directora o jefaturas de cuidados de enfermería, como coordinadoras de unidades, de evaluación y de oficinas de calidad, todas ellas con un fin común la seguridad del paciente.

El valor agregado de la gestión de los cuidados y por ende de la enfermera gestora es que muestra a la gestión como la fuerza desafiante capaz de lograr cambios relevantes para asegurar servicios de salud humanizados pero muchas veces con limitados recursos o con el cotidiano hacer rutinario que se presentan como barreras para desarrollar la gestión de la Persona.

El personal asistencial como principal recurso en los cuidados necesita de motivación y sensibilización por parte de los gestores, los mismos que deben involucrar al personal que dirigen, en el cumplimiento de los objetivos, misión y visión de la organización.

Por ello, las investigadoras en este capítulo mostraremos la situación tal como se presentan los hechos, es decir de una manera empírica por decirlo así, en relación al reporte y registro de eventos adversos en un Hospital público de la región Lambayeque.

## **I.1. Realidad problemática**

En la gestión del cuidado al paciente, hoy por hoy se refieren mucho los términos de seguridad del paciente y si bien es cierto que las nuevas técnicas y procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria, han renovado la calidad de la atención, sin embargo se puede también afirmar que han aumentado la incidencia de eventos adversos. Lo que a su vez se traduce en consecuencias que van en contra de la recuperación oportuna de los pacientes.

En relación al párrafo anterior se dice que los eventos adversos (EA), son considerados como un daño innecesario y en la mayoría de veces en que se presentan, son resultado del cuidado asistencial y no por la enfermedad base. Se dice que en promedio a nivel mundial, uno de cada diez pacientes hospitalizados presenta alguna forma de daño previsible que provocará discapacidades y a veces la muerte. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009).

En España, el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), mostró en 24 hospitales una ocurrencia de 9,3% pacientes con EA la mayor frecuencia de ellos relacionados con el cuidado hospitalario; en el 22,2% el EA fue la causa del reingreso. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves, además el 37,4% de los EA estaban relacionado a la medicación, 25% con problemas técnicos durante algún procedimiento con un 25,3% fueron infecciones hospitalarias y de éstos el 42,8% evitables (ENEAS, citado por CONAMED-OPS: Centro colaborador de seguridad y calidad en el paciente, 2015)

Para el SYREC (Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva de España). Demostró que la posibilidad de padecer al menos un incidente afín con la seguridad fue de 62%, con una tasa de 6 incidentes por cada 100 pacientes/hora, de ellos los de mayor frecuencia relacionados con fármacos. De todos los incidentes el porcentaje de eventos adversos detectados fue del 33.8%, de los cuales el 21.5% fueron de daño moderado (daño temporal o prolongación de la estancia) y de daño grave (daño permanente o compromiso vital), el 3.65%. El 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron determinados como evitables (SYREC, citado por la CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico y OPS, 2015).

Por otro lado IBEAS (2009): Estudio cooperativo internacional sobre prevalencia de Eventos Adversos en 5 países de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), estudió a 11,555 pacientes hospitalizados en 58 centros, donde la prevalencia de EA fue de 10%, de los cuales el 13% estuvo relacionados con los cuidados, con el uso de medicamentos 8%, con infección nosocomial en 37%, con algún procedimiento un 28,69% y relacionada al diagnóstico un 6%. El 62% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización con una media de 16 días y un 18 % de los EA ocasionaron un reingreso. Se consideraron evitables el 60% de los EA.

Los EA no solo tienen una repercusión en los pacientes y familia por las consecuencias físicas o el deterioro psicológico que traen consigo, sino también en los profesionales del cuidado responsables de estos escenarios. La repercusión en los factores financieros de los sistemas de salud por los altos costos que representan su atención alrededor de un 12% a 15% del total de costos hospitalarios (OPS, 2011).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (Barcelona, 2012), estima que el 10% de los pacientes hospitalizados en países desarrollados sufre un EA cada año y 1,4 millones de pacientes hospitalizados en el mundo adquieren una infección nosocomial y muchos de ellos mueren. De esta manera, el EA se ha convertido en un problema que provoca muchas muertes evitables cada año.

En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, resuelve promover la Seguridad del Paciente, situación primordial de la calidad en la atención de la salud; desarrollando tácticas innovadoras y asequibles que sumen a la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, en el marco de una gestión de riesgos en el cuidado en concordancia a una estrategia que asista a brindar una vigilancia limpia y segura en las Organizaciones de Salud (MINSAL, 2008).

Es así también que plantea la 8<sup>va</sup> Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727-2009/MINSA “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos” que da nacimiento a una ficha de reporte y al formato para la consolidación de incidentes y eventos adversos, dichos registros que debe ser llenados con obligatoriedad y compromiso.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos que hace el MINSA, con el afán de estandarizar y generalizar los procesos de reportes de incidentes y eventos adversos en las instituciones de salud llegando a solo un 10% de reportes a nivel nacional, muy por debajo de lo esperado para el año 2017, por lo tanto poco se ha avanzado, esto es corroborado también con los escasos estudios de investigación que existen sobre el tema.

Para nuestra investigación se tomó un Hospital Público, ubicado en la ciudad de Chiclayo que ostenta características similares de complejidad con varios hospitales del Ministerio de Salud de la macro región Norte. Asimismo estas instituciones comparten normas técnicas relacionadas a la notificación de ocurrencias de eventos adversos, sin embargo en el hospital en estudio estos registros no se socializan, por lo tanto no se registran adecuadamente.

Esta realidad se vio reflejada en las enfermeras de áreas críticas al manifestar que si bien la conocen, no han tenido capacitaciones previas sobre seguridad del paciente y del correcto llenado del formato de registro de incidentes y eventos adversos; sabemos que por ser unidades críticas existe mayor riesgo de cometer errores durante el cuidado y que si bien es cierto existe un registro de eventos adversos, éste contiene poca información, o simplemente no se encuentra reportado, sin embargo, a menudo se observa: Úlceras por presión en región occipital, sacro coxígea y talones; flebitis; sondas foley sin fijar; sondas nasogástricas en vez de orogástricas en pacientes intubados; autoextubaciones; retiro accidental de catéteres venosos centrales y tubos de drenajes, caídas y neumonías intrahospitalarias, entre otras.

Al pedir reporte de los eventos presentados, las enfermeras refieren: “en mi turno no lo observé”, “en mi turno no fue”, otras ven aún el reporte como algo punitivo y si lo reportan lo hacen de forma tardía. Finalmente el daño se produce, pero no se notifica, esta conducta, no permite que los errores se socialicen y por lo tanto se corrijan. Como consecuencia se pone en riesgo la seguridad de los pacientes críticos o lo más grave es que complica el estado de salud de los pacientes, aumenta la estancia y los costos hospitalarios, lo que a su vez puede tener también repercusiones en el estado socio-económico de la familia.

La problemática anteriormente descrita motiva a las investigadoras a descubrir y conocer cuál es la actitud que tienen los enfermeros frente al registro de eventos adversos, en tal sentido por ser un tema sensible y por primera vez estudiado, a nivel local se optó por no caracterizar con el nombre, la institución investigada.

## **I.2. Trabajos previos**

Los antecedentes que sirvieron como respaldo a la investigación fueron los siguientes:

### **1.2.1 Antecedentes Internacionales:**

Burbano, H; Caicedo, M; Cerón, A; Jacho, C y Yépez, M. (2013): realizaron un estudio titulado: “Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia”. El objetivo fue describir las causas del no reporte de eventos adversos. Los resultados señalan que solo el 13% de los encuestados ha reportado el 100% de eventos adversos en los que estuvo involucrado. El 75% afirmó que en su área de trabajo se levanta un plan de mejora ante el reporte de un EA, El 72% cree que no se realiza reporte de EA por temor; sin embargo el 80% de los participantes está de acuerdo que para la institución la mejor opción es el reporte, contrariamente el 18% piensa que es mejor disminuir dichos reportes.

Para Rodríguez, Y. (2014). En su tesis Maestral: “Causas de ocurrencia de eventos adversos relacionado con la atención de enfermería”. El objetivo fue determinar las causas de ocurrencia de EA relacionado con la atención de Enfermería derivada de la revisión sistemática, década del 2003-2013 en Colombia. Los resultados fueron la sobrecarga laboral, caídas, úlceras por presión, escasa relación enfermera-paciente y eventos relacionados a la dosificación farmacológica. Rango medio fue la notificación inadecuada de los EA y que las áreas de mayor riesgo en la presentación son las UCIs. El estudio fue desarrollado como respuesta a la necesidad de crear nuevos conocimientos a través de diferentes estilos y costumbres a nivel local y mundial, para la implementación en los sistemas de cada organización hospitalaria y compromiso en el profesional de Enfermería.

Alarcón, D. (2015). Ejecutó la investigación “Evaluación de las causas de los eventos adversos o Incidentes que afectan la seguridad del paciente, en el Hospital Central de la Policía de Colombia 2012-2013”. El objetivo fue establecer y comparar la causa raíz de los factores de riesgo que afectan la seguridad del paciente, con 189 EA, de los cuales 89 turno noche, turno mañana con 57 y el turno tarde con 27 EA; hubo 28 eventos que no registraron horario. La mayoría de EA sucedió en el servicio de medicina interna. Se concluyó que hay necesidad que los procesos de seguridad del paciente sean organizados y los EA bien registrados, generando actitud de compromiso, permitiendo que las mejoras sean de inmediata ejecución.

Para Passoni, R.; Passaura, M; Borges, F y Rodríguez, A (2016) en su estudio búsqueda activa que contribuyen la identificación de eventos adversos e incidentes en cuidados intensivos cuyo objetivo fue examinar los eventos adversos en un hospital universitario de Brasil y comprobar la contribución de la búsqueda activa en la identificación de las ocurrencias, estudio retrospectivo y documental cuantitativo; se inspeccionaron 253 eventos adversos fueron registrados por búsqueda activa; las úlceras por presión son la más frecuente y afectó a más pacientes, se concluyó que la búsqueda activa ha mostrado ser una herramienta de gestión identifica eficazmente situaciones de riesgo en UCI.

En su estudio Luengo, Paravic y Valenzuela (2016): “Causas de subnotificación de accidentes de trabajo y eventos adversos en Chile”, describió las causas reportadas por la literatura internacional e informantes claves del área de salud y prevención de riesgos a través de estudio descriptivo que incluye revisión sistemática de literatura. Concluyendo que el factor costo no sea un impedimento sino un estímulo y sobre los eventos adversos suprimir errores y temor a la sanción trabajando en mejoras del sistema combatiendo el desconocimiento a través de capacitación continua.

Ferreira, Souza y Gouveia (2018): En la exposición de eventos adversos en unidad de terapia intensiva en Brasil, tuvo como objetivo caracterizar los eventos adversos. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, se estudió a pacientes internados a quienes se les recolectaron datos por cuestionario, resultando que la ocurrencia fue de 152 eventos, de los cuales fueron errores farmacológicos 29.6%, lesiones por presión 21%, extubaciones accidentales 17%, otros llegando a la

conclusión de necesidad de adiestramiento permanente, sensibilizados y con apertura a la instrucción.

Trabanca, y et al (2018). Implementación del programa de notificación de eventos adversos en Guantánamo-Cuba se implementó la notificación para clasificar e identificar estos efectos que aparecen en la práctica clínica habitual de los profesionales. Estudio observacional, descriptivo y transversal con método de fármaco vigilancia de donde resultó que los grupos farmacológicos que predominaron fueron antimicrobianos, AINES y vacunas, siendo los medicamentos más frecuentes la vacuna antigripal, la cefalexina y el captopril, por ende es preciso la renovación de programas de reporte de efectos adversos por los pacientes es factible y proporciona datos importantes al sistema sanitario.

### **1.2.2 Antecedentes Nacionales:**

Hernán, J (2014), en su tesis doctoral investigó “Educación para la Salud en la prevención de Eventos Adversos. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos - Perú”. Cuyo objetivo fue investigar el efecto de una intervención educativa relacionado a la prevención de los EA. El estudio fue prospectivo, longitudinal, tipo cuasi-experimental, se comparó la frecuencia de EA, antes y después de una intervención educativa preventiva. Los resultados evidenciaron la reducción de casos de 76 a 42; la estancia en los pacientes con y sin evento adverso se redujo de 17/5 a 12/4 días. Concluyendo que la intervención educativa ha logrado disminuir el número de EA mejorando la seguridad clínica el paciente y la gestión hospitalaria.

Otro estudio Vargas, Barrientos y Llontop (2016) sobre “Actitudes del personal sanitario frente a los eventos adversos” cuyo objetivo fue sondear actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos ginecológicos. Trujillo, investigación cualitativa y fenomenológica, se encontró que el profesional sanitario tiene muy limitada información y desconoce el sistema de vigilancia, el personal asume que en caso de ocasionar un evento adverso se adjudicaría la responsabilidad y cuya mejor estrategia es la prevención de los eventos adversos.

### **1.2.3 Antecedentes locales:**

No se encontraron estudios locales relacionados.

### **1.3 Teorías relacionadas con el tema**

La teoría de seguridad del paciente tiene sus bases en la pirámide de Maslow o mejor conocida como la Jerarquía de Necesidades donde la necesidad de seguridad sólo es desplazada por la necesidad fisiológica de alimentación, de allí nace que la seguridad debe ser tratada desde la perspectiva macro, cuya responsabilidad invoca al estado y a nivel micro con la seguridad individual humana. Maslow (1943).

De manera general, Heinrich (1940) fue el primero que estudio la proporción de accidentes versus daños en el ámbito laboral por ende la inseguridad en el trabajo y en el campo sanitario donde se resaltó las condiciones de falta de seguridad y errores en la calidad de la atención pero sobretodo los altos costos y gastos económicos agregado a lo que sienten los usuarios que solo quieren una experiencia de mejoría, sin sufrir ningún tipo de daño.

Con lo anterior es preciso mencionar, que ésta investigación tiene sustento teórico en el pensamiento enfermero de Suzanne Kérouac, ésta teórica manifiesta que dentro de las funciones esenciales de enfermería se encuentra la gestión de los cuidados, dentro de su disertación sobre el pensamiento enfermero, define a la enfermera gestora como la responsable de la interrelación de las teorías de administración y los recursos humanos, materiales, financieros que encaminen el normal funcionamiento del servicio, departamento u organización proponiendo y utilizando normativas dirigidas a la mejora de la oferta del servicio (Kérouac, 1996).

Además refiere que la enfermera gestora es la encargada de reforzar y apoyar al personal asistencial, es decir su gestión debe estar caracterizada por paradigmas de transformación, indagación y creatividad, enfrentándose a problemas, obstáculos ante los cuales, presenta alternativas innovadoras con un enfoque de cuidados humanizados, para ello se requiere un reconocimiento del entorno y los factores que conllevan a deficiencias para la realización de las acciones del cuidar.

Dentro de la teoría de la gestión de los cuidados enfermeros, existen dos puntos

importantes: La acción del gestionar propiamente dicho y la gestión de las personas que brindan el cuidado directamente personalizado, siempre adaptándose a las reglas y normativa de la organización con los pocos o muchos recursos con que cuente ésta, por ello, la necesidad de gestores comprometidos e identificados con liderazgo, motivación y valores para enfrentar diariamente los dilemas éticos que se presenten y por ende transformar la realidad versus modos habituales muy arraigados del hacer pero no del cuidar.(Kérouac 1996).

Sabemos que las enfermeras casi en su totalidad, desempeñan su labor en centros de salud y hospitales por ello la contribución de la enfermera gestora es esencial e indispensable, para asegurar que los cuidados sean de calidad, entendiendo que calidad implica que sean oportunos, continuos y sobre todo seguros.

En este sentido la seguridad hospitalaria es la situación donde se ha logrado reducir la vulnerabilidad funcional, estructural y no estructural de un establecimiento hospitalario para atender óptimamente a una población en riesgo, OPS (2005) por ello el propósito de fundar condiciones seguras para los usuarios, personal de salud y población en general.

Cuando hablamos de Seguridad clínica nos referimos a la disminución de la vulnerabilidad ante los procedimientos terapéuticos y diagnósticos ligado estrechamente a la micro gestión cuya responsabilidad directa es de quien ejecuta los procedimientos, depende de 2 factores el primero está relacionado a habilidades, actitudes y conocimientos del profesional médico y no médico donde la gestión jefatural relacionada a la capacitación continua juega un papel indispensable. (Santacruz 2011).

El mismo Autor refiere que un segundo factor son las condiciones ambientales o de infraestructura aquí se observan la capacidad de recursos; logística e instalaciones básicas y servicios de apoyo como nutrición, farmacia, recursos médicos por ello se puede afirmar que la OMS afirma que la presencia de eventos adversos es una manifestación de la falta de seguridad clínica. La seguridad del paciente se valora y determina con el llamado indicador negativo, indicador de daño o “tasa de eventos adversos” caracterizada por no centrarse en riesgos, por lo cual resalta la gestión de

acciones preventivas para amortiguar las condiciones adversas del sistema de salud que refleja riesgo en la seguridad sanitaria.

En éste marco la vigilancia de incidentes y eventos adversos, es una estrategia que intenta evitar éstos o minimizarlos. Ministerio de Salud (2009). Para que un sistema de vigilancia, funcione adecuadamente necesita del trabajador de salud que detecte y lo notifique además depende de varios factores, entre ellos: El conocimiento que él tenga respecto a identificar un Evento Adverso, la experiencia frente a situaciones no deseables asociadas a la atención y la cultura no punitiva (castigo y sanción) cuando se evidencia un error.

En enero del 2009 la Organización Mundial de la Salud publicó el “Informe Técnico Definitivo del Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”, el cual ha sido usado de referencia para el diseño de este listado, en nuestro país.

El Procedimiento para el registro y reporte de eventos adversos: tiene como finalidad fortalecer la detección de incidentes y eventos adversos todos los establecimientos de salud públicos o privados tienen la obligación de notificar. En el marco de la ley y en cumplimiento de la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727 – 2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la “Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos” se ha elaborado Ficha de Registro y reporte de incidentes y eventos adversos y el Formato para la consolidación de incidentes y eventos adversos. A continuación las definiciones operacionales:

**Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que daño con un incidente pero este se trata de un suceso que no ha causado favorece la ocurrencia innecesario a un paciente. Es frecuente que un evento adverso sea confundido de un evento adverso.

**Evento adverso:** Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente. Para que un

suceso sea considerado como un evento adverso debe cumplir con los siguientes criterios:

**Daño en el paciente:** Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:

**Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia, Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.

**Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente que causa un daño o una pérdida funcional permanente de larga duración.

**Grave:** En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

**Muerte:** En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

**Daño producto de la atención en salud:** Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.

**Daño no intencional:** La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente define Seguridad del Paciente como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.

La Aplicación de la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos debe llenarse conforme a las definiciones operativas antes señaladas y se debe confirmar si el suceso es un incidente o un evento adverso, es decir llenar la ficha de registro y reporte de Incidentes y Eventos Adversos detallando el suceso (ver anexo

10). Por lo que el MINSA hace entrega la ficha cada hospital y éste a cada servicio, además del formato de consolidado de Incidentes y Eventos Adversos.

Se debe determinar la causa del incidente o evento adverso y clasificarlas dentro de las siguientes categorías: relacionados con la administración clínica, procesos o procedimientos asistenciales, errores en la documentación, con infección asociada a la atención sanitaria, medicación o su administración, la sangre o sus derivados, nutrición, administración de oxígeno o gases medicinales, los dispositivos y equipos médicos, el comportamiento del personal, el comportamiento del paciente, accidentes del paciente, la infraestructura y los recursos de gestión del establecimiento.

La Oficina de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces debe asegurarse que los instrumentos estén siendo aplicados y complementarla con la realización de un gráfico del progreso semana a semana desde la implementación hasta el reporte consolidado mensual.

Los eventos adversos tienen diferente casuística pero en las instituciones de Salud, despliegan distintas situaciones que pueden mostrarse como actitudes peligrosas y negativas ante el cumplimiento de guías de atención o protocolos de cuidado.

Al estudiar los eventos adversos podemos encontrar faltas o errores, el cual puede ser observados desde dos ángulos uno desde la mirada de las personas y el otro centrado en el sistemas. Comúnmente un incidente o evento adverso se aprecia y define como error, falta o falla imputable a un individuo, a quien se le atribuye la culpa del mismo, en la otra arista, en la falla o evento actúan y participan personas, las faltas están en el sistema de gestión de salud, es decir, se asume como una falla en el sistema, así lo afirmaron Feria, Lugo, Noriega y Osorio (2012).

Asimismo James Reason citado por Santacruz (2011), fundamentó el Modelo de Reason de la causalidad o Modelo del Queso Suizo. Este modelo explicativo, pretende explicar que los eventos adversos esta precedido de una serie de sucesos que generan una reacción en cadena y cuya consecuencia termina en daño al paciente. En ese sentido si se logra detener en un punto de la acción solo se convierte en un incidente o solo una situación de peligro. La alineación de errores trae como consecuencia la presencia de la cadena de fallos, el cual individualmente no tendría relevancia sin

embargo cuando se apilan traen un resultado negativo. Los mecanismos de defensa que intentan prevenir que los daños ocurran son el modelo de Reason están simbolizadas por tajadas de un queso con fallas que serían la representación de los agujeros. Cuando los agujeros o fallas se alinean ocurre un evento adverso.

El mismo autor refiere que a debilidad en las defensas puede ser consecuencia de dos situaciones las fallas activas y las latentes. Las primeras concernientes con actos inseguros de parte del profesional sanitario y los segundos están relacionados con factores probables y que en una situación latente puede desencadenar un evento adverso son considerados como factores contributivos la falta de supervisión, aspectos organizacionales y los actos inseguros.

Por ello, el planteamiento del modelo del queso suizo se fundamenta en el reconocimiento de los factores y aspectos de las organizaciones que pueden ser desencadenantes o condicionantes que deben tener un perfeccionamiento continuo de un ciclo de mejora. Por ello debemos estimular los ciclos de mejora continua, todas las organizaciones sanitarias a través de la gestión del riesgo, que permita una atención de calidad, cero riesgos, que brinde seguridad e integridad a los usuarios por ello utilizará las herramientas que analicen los pro y contras dentro del sistema (Cornejo, 2014).

Concluyendo, todas las instituciones sanitarias deben tener una cultura de seguridad basadas en estándares internacionales sobre barreras de seguridad concordantes con la protección del medio ambiente que brinden defensa oportuna y que nunca produzca daños.

El Protocolo de Londres para Taylor es un documento que busca explorar y revisar los eventos adversos, es la versión renovada del protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos adverso o el incidente caracterizado no solo por identificar al evento y quien es el responsable sino observando todo el sistema con un enfoque organizado y por ende sistémico, cuya estructura consiste en identificar el proceso a través de entrevistas favoreciendo la confianza facilita una investigación coherente la cual permite realizar entrevistas, reduciendo miedos por las responsabilidades a través de un método de no asignación errores y culpa por lo cual se puede llegar a la identificación real de la causa de los eventos adversos.

Por ello, este protocolo plantea que la toma de decisiones gerenciales en las instituciones son responsables de gestionar los recursos, plantear objetivos y elegir decisiones para poder cumplir sus plataformas estratégicas. Por ello las decisiones del organigrama institucional que se tomen a nivel de gerencia serán de forma descendente hacia todas las dependencias de la organización.

Para atenuar y debilitar la aparición de eventos adversos se plantearon barreras de seguridad se clasifican en físicas: barandales de camas, camisas de sujeción anticaídas y humanas basadas en la supervisión y el entrenamiento del personal responsable del cuidado que incluyen códigos de barras de identificación y la lista de verificación analizándose individualmente para obtener una conclusión. (Ministerio de salud, 2015).

El estudio y la prevención de los eventos adversos es analizado ya no sólo desde el punto de vista como falla de los profesionales desde el nivel personal-humano sino fallas sistémicas dentro de los procesos; enfatizando los planes de mejora en la actividades organizativas así como en sus diseños más que en el error del profesional ya antes mencionado; esta orientación permite reorientar las herramientas estratégicas de la calidad hacia una cultura de mejora continua en busca de la cultura de seguridad y la obtención de habilidades estratégicas en los procesos. García y Barberos citado por Alarcón y Gil (2012).

Una clasificación para Gómez y Espinosa citado por Ferreira (2014), sobre eventos adversos refiere sobre si es prevenible o no, donde la no prevenible es la dificultad de no lograr superar los factores que predisponen y que no puede ser prevenidos para que ocurra el error a pesar de tener el conocimiento por lo tanto el EA prevenible es el resultado indeseable de la atención por ello todos los esfuerzos del sistema estarán encaminados a entender los eventos adversos prevenibles y los no prevenibles.

Reason citado por Santacruz (2011), las calificaciones de accidente (falla al sistema definido que interrumpe un proceso y los resultados posteriores), complicación (EA relacionado con el cuidado de carácter inevitable), error latente (en el diseño, organización y adiestramiento que llevan al ejecutor a posibles problemas con efectos latentes de aparición en extensos espacios de tiempo) un incidente (es una situación que puede generar un mal resultado, no se produce al azar o por falta de una

intervención eficaz).

Para la OMS (2004), uno de los eventos adversos más reportados es el denominado medicamentoso y se le considera a cualquier signo o síntoma asociado al uso producto medicinal con cualquier dosis utilizada y relacionada a errores a administración y prescripción a diferencia de una reacción adversa esta no es previsible. Un evento medicamentoso está relacionado al cuidado y practica del ejecutor responsable del procedimiento o del todo el proceso que contiene la orden de prescripción, rotulado, embalaje, nomenclatura, preparación, almacenamiento y la distribución.

Para Passoni (2016), la identificación de los factores de riesgo y sus soportes técnicos que inciden en la ocurrencia de los eventos adversos es uno de los objetivos principales de enfermería, que es conocedora y comprometida que todo cuidado y procedimiento realizado por los profesionales sanitarios implican riesgos y es imposible evitar en un 100% fallas o daños en los pacientes por ley de probabilidades por ello enfermería fundamenta su búsqueda constante de la evaluación de cada uno de los procesos en sus actividades.

Reyes (2011), expuso que todo lo relacionado con eventos adversos ha sido en un contexto hospitalario general, no desde un enfoque de enfermería que siendo parte activa del sistema tiene que estar permanentemente atenta a la prevención y ocurrencia de los eventos adversos. Por ello se estableció una taxonomía de errores, clasificada en falta de atención y reacción a los tratamientos ejecutados, inapropiado e inconsistente criterio clínico, falla en el tratamiento, falta de intervención sobre la evolución clínica del paciente, falta de prevención en la ejecución, equivocación en el cumplimiento en la prescripción médica y fallas en la documentación.

Fernández (2016) expresa que dentro del proceso del cuidado cada procedimiento es personal e intrínseco y tiene un riesgo de manera intrínseca de presentación de errores que se añan a variables como ejecución de prácticas, tipos de procedimientos, diversidad de protocolos y como es un sistema de interacción no se puede responsabilizar a priori a un solo responsable. Por ello, El profesional de enfermería siempre jugara un papel protagónico dentro de la atención sanitaria como ente conector entre cuidador y cuidadores, aquí entra la comunicación muchas veces rezagado por lenguajes llenos de tecnicismo, por ello si no se lleva una comunicación

altamente eficaz llegando puede convertirse en un evento adverso dentro del sistema por lo tanto la comunicación se considera como un eje transversal prevenible.

Asimismo los enfermeros deben adoptar una actitud, que sea la más idónea para brindar los mejores cuidados, llevando a la práctica diaria todos los conocimientos que posee y de acuerdo al área donde se desarrolla, además de la conducta adquirida por parte de los mismos ante las diversas situaciones y los sentimientos reflejados al momentos de ser implementados.

De lo anterior se deduce que la actitud, no es innata, sino que es una forma de respuesta que se adquiere, es relativamente estable o permanente (permanecen casi siempre estables con el tiempo). Se dice también que es una reacción que tiene relación con el afecto y que puede positiva o negativa hacia lo abstracto o concreto, formando una guía de conducta, abreviada, que sintetiza la forma de comportamiento en una situación específica con reacciones favorables o desfavorables (Pérez, 2011).

Las actitudes están conformadas por creencias, opiniones, sentimientos, conductas y valores. Por tanto, si hay algo innato al Ser son las actitudes, estudiarlas y tomar conocimiento de ellas es indiscutible para mejorar personal y profesionalmente. La actitud puede modificarse, pero se tiene que tener la postura de disposición para el cambio, es decir, que determinados factores ante una situación y su respuesta nos explica cómo una persona sometida al estímulo, adoptará un determinado comportamiento. (Figuroa, 2010). Para éste mismo autor los componentes de las actitudes desde el punto de vista de la psicología, se hacen tangibles en tres componentes los cuales son:

a) El componente Cognitivo referido a una categoría conceptual del ¿qué piensa?, sobre los objetos o sucesos a los que se dirige la actitud, se define especificando los objetos, personas o eventos, incluye la selección y codificación. Sus indicadores son:

- ✓ Las Creencias se considera el estado mental de un individuo que da como verdadero un conocimiento o una experiencia que tiene acerca de un suceso o acontecimiento, se formula con una afirmación, no existe base científica.
- ✓ Los Valores son el estado elevado en la jerarquía de los intereses a los que las personas dan importancia, como el éxito, felicidad, seguridad, amor, etc.

- ✓ El conocimiento es la información obtenida a través de la educación o de la experiencia.

b) El componente Afectivo está referido al ¿Qué siente?, es decir es el sentimiento que está en pro o en contra de un objeto o situación social previo conocimiento del mismo. El ser humano busca el placer y su opuesto, evitar el dolor, de este modo, la actitud puede contener sentimientos positivos, placenteros, favorables, negativos, dolorosos y desfavorables. Sus indicadores son:

- ✓ La Sensibilidad es la capacidad de sentir valores morales y estéticos, para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente a favor de los demás, es la facultad para tener sensaciones.

- ✓ La apatía es el estado de indiferencia psicológica en el que una persona no responde a aspectos de la vida emocional, social o física psicosocial, es la falta de emoción, motivación o entusiasmo. Puede ser específico hacia una persona, actividad y entorno.

- ✓ El temor es el sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.

- ✓ La ansiedad: es la respuesta emocional no placentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos, sentimientos de miedo, desasosiego y preocupación.

c) El Componente Conductual está referido al ¿Cómo se comporta?, es decir es la fuerza motivadora de la acción, resulta de la interacción entre los componentes cognitivo-afectivo y la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción. Sus indicadores son:

- ✓ La Comodidad: lo que produce bienestar y confort.

- ✓ La responsabilidad es el valor que permite orientar, reflexionar, administrar y valorar las secuelas de los actos en el plano moral;

- ✓ La vocación es la disposición espontánea para ejecutar actividades lo cual no es innato, encamina un proyecto de vida.

- ✓ La aceptación: es recibir de forma voluntaria algo, conformidad;

· El rechazo es la resistencia a aceptar o admitir algo, alejándose de aquello que lo produce.

En ese sentido, las personas buscan consistencia entre sus actitudes y su comportamiento, para que de esta manera parezcan razonables y consistentes.(Figueroa, 2010).

Entre los tipos de actitudes la satisfacción en el trabajo se refiere a la actitud global de una persona hacia el trabajo que realiza. Si un individuo se encuentra satisfecho con el trabajo que lleva a cabo mostrará una actitud positiva hacia el mismo. El compromiso con el trabajo se puede definir como el nivel en el que una persona se identifica con su trabajo, le interesa lo que realiza, participa de manera activa y considera su desempeño como importante para la valoración personal. Los empleados que poseen un alto grado de compromiso con el trabajo, por lo general poseen menor tasa de ausentismo y de renuncia.( Ramio, 2011).

El compromiso organizacional se refiere al nivel en que un empleado se identifica con una organización específica y con sus metas, además su deseo por quedarse en ella como integrante. Las investigaciones muestran que existe una relación negativa entre el compromiso organizacional, el ausentismo y la rotación, sobre todo de este último, pues demuestra ser un mejor indicador de la rotación que la satisfacción en el puesto. (Ramio, 2011).

En las organizaciones relacionadas a la salud, es pertinente considerar también como debe ser la actitud de nuestros sujetos estudiados. Al respecto, (Alfaro, 2015), afirma que el cuidado de enfermería se relaciona con actitudes, creencias y valores influidos por factores culturales, sociales y económicos que son relevantes por su relación con la identidad profesional por ello, el proceso de formación de las actitudes en Enfermería tiene cuatro elementos esenciales: la información que recibe, el grupo de enfermeras con las que se identifica, quienes aportan a la formación de sus actitudes y las necesidades personales del profesional. La actitud profesional se forma en el proceso de satisfacción de las necesidades, dependiendo de que si son gratificantes o no.

Se puede afirmar que uno de los desafíos a los que se enfrentan las instituciones de salud, están originados por una serie de problemas cada vez más complejos y que por lo tanto requieren de distintas soluciones, es decir poner en marcha estrategias y herramientas que no solo quede plasmado en un proyecto, sino que los profesionales internalicen que los instrumentos y herramientas son la prolongación de nuestros ojos y oídos y que los modelos sean verdaderos planes de gestión con resultados visibles y no solo planes mentales.

Del párrafo anterior se afirma que un Modelo de Gestión, se caracteriza por estimular un trabajo cooperativo donde todos proporcionan experiencia y saberes, promueve autonomías pero al mismo tiempo responsabilidades y compromisos organizativos, que los planes se elaboran con el fin de maximizar los aprendizajes de cada uno de los procesos, plantear directrices flexibles, que involucre interacción entre el sistema y los ejecutores responsables, estimular las participaciones de todos los ejecutores para la toma de decisiones con feedback de todo el equipo sanitario, fomentar una visión integral de los procesos, para lograr los objetivos reales de la institución donde los usuarios siempre sean el objetivo central, pero sobre todo que los colaboradores tengan actitudes de querer hacer las cosas. (Cabo, 2017).

Para (Tobar, citado por Ochoa, 2015, p. 5), Modelo de Gestión es la forma como se organizan y combinan las acciones con el propósito de cumplir las políticas y objetivos de la institución, nos dice que también implica conceptualizar el Ser, el Hacer y el Estar de la organización, dicho de otra manera significa transformar los recursos con los que cuentan las instituciones de salud en el cumplimiento de los objetivos, sin embargo la manera en que se logre solo depende de la organización que tengan las personas como parte de un servicio o sistema.

Para éste mismo autor los componentes del modelo de gestión están inmersos dentro de cada dimensión (Ser, Hacer y Estar).

EL SER: es descrito como la esencia propia de la organización (no se dice, sino se hace), aquí están inmersas la misión, la visión y los valores.

- ✓ La misión es como la institución contribuye con la sociedad, es a partir de aquí que definimos la eficacia de los resultados, si no hay una misión, tampoco existe la

organización, es decir si las personas no logran definir claramente hacia donde se dirigen, no lograrán nunca unir esfuerzos. En un análisis más profundo se dice que una organización puede comprar insumos, la mejor tecnología, moderna infraestructura y hasta excelentes ejecutivos, pero nunca podrá comprar una misión. En otros términos la misión esta primero, a partir de allí nacen los planes, no se puede ofrecer productos ni servicios, antes de tener en claro la razón de ser de la empresa.

La misión es lo primordial y absoluto dentro de la organización es lo único que realmente debe permanecer a pesar de los cambios continuos del entorno y la exigencia a adaptarse a dichos cambios ya que los recursos nunca son absolutos sino relativos, es decir son coyunturales y por lo tanto pueden ser variables.

- ✓ La visión en cambio es la imagen, es el sueño hacia donde quieren llegar los miembros de una empresa, pero esta imagen tiene que ser real o algo que se pueda representar y que las personas lo puedan ver mentalmente. Para que la visión sea correctamente expresada debe cumplir ciertos aspectos: uno de ellos es el concepto enfocado, que quiere decir que es una creación de valor, donde las personas pueden realmente decir que si es posible perseguir ese ideal.

Otro requisito es tener una sensación de propósito noble, se logra haciendo que los agentes involucrados sientan que realmente vale la pena realizar algo que pueda realmente contribuir a mejorar la vida de las personas; finalmente el otro aspecto es una probabilidad verosímil de éxito, es decir que la gente lo crea viable y que aunque no sea posible lograr la perfección, al menos se justifique luchar por algo que se puede alcanzar. Para que lo dicho anteriormente respecto a la misión y la visión tengan un significado valioso necesitan estar articulados con los valores.

- ✓ Valores: los valores con los que están formados las personas es un tema complejo y muy discutido hasta hoy, porque existe la probabilidad de que la gente esté muy comprometida con la misión y visión de la empresas, pero que incurra en conflictos porque tiene valores diferentes en relación a la manera como trabajar y al hecho de trabajar en común. Sin embargo por el contrario si existen valores compartidos habrá mayor disposición para trabajar todos en la misma dirección, en tal sentido se dice que los valores son la manera como la gente se entiende.

La consistencia de estos tres elementos: misión, visión y valores, son los que nos conduce al hacer. (Tobar, citado por Ochoa, 2015, p. 12),

HACER: Está referido a tres aspectos que son las prioridades, las funciones y las acciones.

- ✓ Prioridades: Determinar las prioridades y seleccionar las rutas en busca de la misión, se sabe que en toda organización hay problemas, por lo tanto se debe utilizar los recursos con los que dispone para cumplir con lo requerido y lograr alcanzar los objetivos. Es en el saber identificar las prioridades, donde empieza realmente a notarse la consistencia de la organización, pareciera que a veces existen varios caminos que nos llevan a la misión y es allí cuando los agentes tienen diferencias en cuanto a cual camino es el apropiado, pero si hay claridad en la selección de las prioridades entonces el resultado será exitoso en el organización. (Tobar, citado por Ochoa, 2015),
- ✓ Funciones: para lograr la misión es indispensable contar con un modelo de como dividir el trabajo, es decir formar unidades dentro de la organización que tengan la capacidad de asumir funciones y desarrollarlas de acuerdo a la misión.
- ✓ Actividades: Es el trabajo en sí, o las tareas propiamente dichas, que asume cada una de los colaboradores de la organización y que por lo general ya están estandarizadas de acuerdo a cada uno de los puestos de trabajo. Por ello la importancia de describir de forma precisa y detallada que actividades corresponde realizar a cada agente, dichas se encuentran descritas dentro de los reglamentos y manuales. Sin embargo ante un cambio de la institución algunas de las actividades pueden ser modificadas o sustituidas por otras. Se dice también hoy en día que las actividades suelen ser distribuidas de acuerdo a las habilidades de cada persona, de manera que el trabajo sea organizado con mayor efectividad, con la finalidad de obtener mejores resultados. (Tobar, citado por Ochoa, 2015, p. 13),

ESTAR: Aquí están contemplados las estructuras y la cultura e incentivos.

- ✓ Estructuras: Es la manera como se divide el trabajo pero dentro de la organización y donde existen jerarquías en función de los procesos. La estructura se representa gráficamente a través del organigrama, allí se grafican todas las líneas

organizativas.

Pero se dice también que las estructuras no solo lo constituyen los organigramas, sino que es importante describir cual es la manera real de distribución del trabajo. En varias oportunidades se observa que los puestos y hasta las gerencias están solo por formalismo, más las verdaderas funciones son delegadas.

- ✓ Cultura e incentivos: Las motivaciones dentro de una organización pueden ser varios como retribuciones económicas, cursos de capacitación, o incentivos grupales como viajes, paseos, etc.

Otro de los términos acuñados en el Modelo de Gestión es estimular un trabajo cooperativo donde todos proporcionan experiencia y saberes y se caracteriza por:

- ✓ Promover autonomías pero al mismo tiempo responsabilidades y compromisos organizativos.
- ✓ Adaptar las planificaciones, con el fin de ampliar los aprendizajes de cada uno de los procesos.
- ✓ Plantear directivas modificables, que involucren interacción entre el sistema y las personas responsables.
- ✓ Estimular las participaciones de todos los actores para la toma de decisiones.
- ✓ Fomentar una visión integral de los procesos, para lograr los objetivos reales de la organización donde las personas atendidas siempre sean el objetivo central, pero sobre todo que los colaboradores tengan actitudes de querer hacer las cosas cada vez mejor.

Tobar, citado por Román (2012), refiere además que en un modelo de gestión se pueden distinguir dos aspectos centrales: valores que rigen el sistema y funciones del Estado en Salud caracterizado por brindar información a la población, proveer y financiar servicios.

Por lo tanto, es importante descubrir en cada país cuáles son los principios y valores que gobiernan sus sistemas, para ello, se deberá identificar las primordiales decisiones concernientes con la conducción del sistema y el responsable de tomar decisiones, planteándose objetivos por servicios hospitalarios aquí se identificará la desagradable burocratización en las gestiones lo que puede llevar a fallas y lentitud con riesgo a ocurrencias de eventos adversos.

#### **1.4 Formulación del problema**

¿Cómo el Modelo de Gestión contribuye a mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público?

#### **1.5 Justificación del estudio**

La presente investigación se realizó porque hoy en día la seguridad del paciente implica un elemento clave del cuidado de enfermería y sobre todo en áreas críticas, que por su complejidad del servicio y manejo de múltiples técnicas y procedimientos, existe mayor riesgo de cometer errores llamados eventos adversos. De allí radicó la importancia de que éstos deben ser reconocidos y registrados para mejorar la calidad en el cuidado optimizando el ejercicio profesional.

A pesar que cada vez más es conocido el sistema de reporte de eventos adversos y que el MINSA como ente rector realiza notables esfuerzos por generalizar la aplicación de las fichas de reporte a todas las organizaciones de salud, en el Perú aún se observan falencias y omisión del registro en sus hospitales. El estudio sirve para que en base a los resultados se planteen soluciones que contribuyan a la mejora de la actitud del personal involucrado en la atención directa al paciente.

Por ello, las investigadoras reconocen la importancia del cuidar y que debe manifestarse en su registro a través de la sensibilización y el compromiso con los EA y sus consecuencias graves aunado al aumento de los días en la estancia hospitalaria. Por lo tanto esta investigación pretende concientizar al personal de enfermería de áreas críticas a adoptar una cultura de reporte donde los errores o fallas que se cometan, se notifiquen, se discutan y se corrijan, de manera que el mayor beneficiado de los cuidados libres de riesgo son los pacientes y sus familias.

Además esta investigación servirá de punto de partida para otros estudios relacionados que actualmente en la región no existen.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo general**

- Proponer un Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos en áreas críticas de un Hospital público. Chiclayo.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Identificar la actitud de los enfermeros de áreas críticas, frente al registro de eventos adversos, en sus dimensiones: Cognitiva, Afectiva y Conductual de un Hospital público.
- Identificar la actitud global de los enfermeros de áreas críticas, frente al registro de eventos adversos de un Hospital público
- Diseñar un Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos en áreas críticas de un Hospital público.
- Validar, a través de juicio de expertos un Modelo de gestión para mejorar el registro de eventos adversos en áreas críticas de un Hospital público.

# **CAPÍTULO II**

# **MÉTODO**

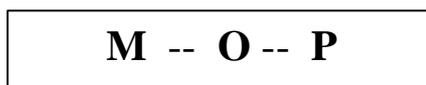
## II. MÉTODO

### 2.1 Tipo y Diseño de investigación.

El diseño de la investigación tuvo enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y proyectivo. En éste sentido, los estudios descriptivos buscan determinar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 92). En la investigación se recolectó información de manera individual, que nos permitió conocer sobre la actitud que tiene el personal estudiado, frente al registro de eventos adversos. Posteriormente, las investigadoras se proyectan y proponen un Modelo de gestión, que permita mejorar la actitud del mencionado personal.

En éste marco una investigación proyectiva según Hurtado (2012, p.122), es aquella que plantea propuestas o modelos que brinden soluciones a problemáticas visibles en las instituciones y en la misma sociedad, el planteamiento comienza haciendo el diagnóstico de la realidad problemática, para luego continuar con un proceso analítico-explicativo, con proyección a una solución futura.

El diseño de la investigación, según Kerlinger citado por Hernández, Fernández y Baptista (2014) tiene el siguiente esquema:



Dónde:

M: Enfermeros

O: Actitud

P: Modelo de gestión.

## 2.2 Variables y operacionalización

| VARIABLE INDEPENDIENTE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | DIMENSIONES | INDICADORES                             |
|------------------------|---|---|-------------|---|
| MODELO DE GESTIÓN      | Modelo de Gestión es la forma como se organizan y combinan las acciones con el propósito de cumplir las políticas y objetivos de la institución implica también conceptualizar el ser, hacer y el estar de la organización. (Tobar, citado por Román 2012). | La variable Modelo de Gestión no fue aplicada porque es de carácter proyectiva y se aplicará en futuros estudios. | Ser         | Misión<br>Visión<br>Valores             |
|                        |   |   | Hacer       | Prioridades<br>Funciones<br>Actividades |
|                        |   |   | Estar.      | Estructuras<br>Cultura e<br>incentivos  |

| VARIABLE<br>DEPENDIENTE | DEFINICIÓN<br>CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN<br>OPERACIONAL  | DIMENSIONES              | INDICADORES  | ITEM                                    | TÉCNICA  |
|-------------------------|---|--|--------------------------|--|---|--|
| ACTITUD                 | La actitud, es una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, resume la manera de comportarnos en una situación determinada con reacciones favorables o desfavorables. Están conformadas por las opiniones, creencias, sentimientos y conductas. (Pérez R, 2011). | La variable actitud fue evaluada a través de la escala de Likert, donde los enfermeros de Áreas Críticas manifiestan su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de enunciados. | Componentes Cognitivos   | Creencias<br>Conocimientos<br>Valores                  | 1,3,5<br>4<br>2                         | Como técnica, se utilizó una escala para medir actitudes y como instrumento un escala de likert. |
|                         |   |  | Componentes Afectivos    | Sensibilidad<br>Apatía<br>Temor<br>Ansiedad            | 14, 17<br>16, 19<br>15, 20              |  |
|                         |   |  | Componentes Conductuales | Comodidad<br>Responsabilidad<br>Vocación<br>Aceptación | 18<br>9<br>6, 7, 8,<br>11, 12, 13<br>10 |  |

### 2.3 Población y muestra

La población para Chávez (2007) es el todo o universo de quien se proyecta generalizar y caracterizar resultados, es decir es la población con cualidades y particularidades que se diferencien uno de los otros pero al mismo tiempo se representen a todos.

Tener una población bien delimitada posibilitará contar con un listado que incluya todos los elementos que la integren. Ese listado recibe el nombre de marco de muestreo. (Hernández, 2014, p. 174).

La población estuvo conformada por 20 enfermeros de unidades críticas (Unidad de cuidados intensivos e intermedios de un Hospital Público) del departamento de Lambayeque, que pertenece al Ministerio de Salud.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería especialistas en áreas críticas.
- Enfermeros que laboren por más de 6 meses en las unidades.
- Que acepten participar voluntariamente firmando el consentimiento informado en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros que laboran en la unidad de cuidados intensivos e intermedios por menos de 6 meses.
- Enfermeras que están estudiando la especialidad.
- Personal que este participando como autor en la investigación.

La muestra estuvo constituido por los 20 enfermeros de las unidades críticas mencionadas.

Al respecto (Hernández, 2014, p.172), afirma que la muestra se utiliza por economía de tiempo y recursos, implica definir la unidad de muestreo y de

análisis, asimismo requiere delimitar la población para generalizar resultados y establecer parámetros. Además indica que la muestra es adecuada cuando está compuesta por un número de elementos suficientes para garantizar la existencia de las mismas características del universo.

Por las características de la población se consideró una muestra censal, es decir se consideró la totalidad de la población 20 enfermeras. Ramírez (1999) define como muestra censal al cien por ciento de la población del cual considera que podrá trabajar y analizar a todos los elementos o unidades de investigación por ende se denomina muestra censal porque es población, universo y muestra al mismo tiempo.

#### **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

Durante esta etapa, describimos la técnica y el instrumento que utilizamos, para la recopilación de la información, al respecto Tamayo (2007) refiere que las técnicas son aquellas que nos permiten obtener de forma directa e indirecta las distintas informaciones.

En el presente estudio la técnica utilizada fue una escala de valoración para medir actitudes. Abanto (2016, p.48) y como instrumento utilizamos una escala de Likert. Para (Hernández, 2014, p.238), la escala de Likert es un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías, en la investigación la escala está diseñada con una estructura de cinco (5) alternativas:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

A cada una de estas alternativas, se le asignó un valor numérico del 1 al 5 para

el análisis cuantitativo de los ítems redactados, como se detalla: (TA= 5), (A=4), (NA/ND=3), (D=2), (TD=1)

La validez del instrumento se realizó a través de los juicios de cuatro expertos con los siguientes grados: una Dra. en Ciencias de la salud, otra Dra. en gestión educativa y dos jueces con grado de Magíster: una con mención en docencia universitaria y con especialidad en cuidados críticos y una Mg. en gestión educativa. Todas ellas mostraron interés y realizaron observaciones que fueron subsanadas y contribuyeron en la mejora del instrumento utilizado.

Se demostró la confiabilidad del instrumento a través de una prueba piloto en 10 enfermeras en una unidad crítica similar a la del contexto estudiado. Los resultados fueron analizados estadísticamente por el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach.

Éste método de cálculo, se caracteriza porque requiere una sola aplicación del instrumento de medición. La ventaja reside en que no hay necesidad de partir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente. (Hernández, 2014, p.295)

Para determinar el valor del coeficiente en la presente investigación se realizó mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, a través de la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

= Coeficiente de Cronbach

K = N° de ítems

V<sub>i</sub> = Varianza de cada ítem.

V<sub>t</sub> = Varianza del total de ítems.

Según el cálculo del coeficiente el resultado presentó un índice de consistencia de 0.806, lo que indica alta consistencia y previsión de medición con lo que muestra que el instrumento fue altamente confiable.

## **2.5 Métodos de análisis de datos.**

En primer lugar se realizó la obtención de los datos de la lista para el análisis a través de la codificación de las respuestas y se hizo el análisis de los datos ordinales con estadística descriptiva. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (software) versión 24.

Los resultados fueron presentados a través de tablas y figuras mostrando los tres componentes de las actitudes que fundamentaron la investigación

## **2.6 Aspectos éticos**

Esta investigación se fundamentó en los criterios éticos establecidos en el informe Belmont citado por (Ávila 2012): “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. El Informe sustenta el uso de los principios éticos fundamentales cuando se aplican en sujetos humanos durante la investigación, éstos son:

El respeto a las personas en la investigación se realizó a través de la protección de la autonomía, es decir la decisión de libertad de participación en el estudio asumiendo con conocimiento de causa los riesgos y beneficios, se llevó a cabo mediante la aplicación de un consentimiento informado donde se permite la participación libre e informada y con derecho del retiro, si así el sujeto lo decide en cualquier fase de la investigación. Ávila (2012).

A través del análisis de Urosa (2017) podemos decir que el “Consentimiento Informado” es la oportunidad de decidir que les puede suceder durante el proceso de investigación a través de una información amplia y suficiente que les permita conocer en que están colaborando, y en caso de dudas declinar de la colaboración en la investigación por lo tanto, para que el consentimiento informado cumpla tales fines tendrá las siguientes características: información, comprensión, y por parte de la persona, la calidad de voluntario a participar en la ejecución de la investigación.

La beneficencia en esta investigación se realizó la aplicación de este principio que fue a través de la búsqueda constante y permanente de los máximos beneficios y por ende la reducción del riesgo. Significa también, no hacer daño a los sujetos investigados, es decir que la información obtenida es estrictamente con fines de la investigación. (Ávila, 2012)

La justicia: el riesgo y beneficio en ésta investigación fueron repartidos distributivamente entre todos los sujetos investigados. Todo lo manifestado en este informe Belmont fue analizado a la luz de Ávila (2012).

El presente informe de investigación fue revisado y aprobado para su ejecución guardando los principios éticos y como investigación mínimo riesgo, pues no se realizó procedimientos invasivos, guardando el anonimato, por ello se resguardó la autonomía de cada una de las profesionales de enfermería que participaron libre y voluntariamente previa firma del consentimiento informado.

Se protegió la justicia para cada una de las garantías de protección de la dignidad e iguales condiciones en su participación así como la beneficencia se dio cuando los resultados de la investigación fueron publicados en beneficio de la profesión de Enfermería.

La investigación no significó motivo de peligro o amenaza de los datos los cuales fueron tratados con confidencialidad y luego que fueron analizados en el estudio se procedió a destruir cumpliéndose el principio de no maleficencia.

Esta investigación fue tratada y analizada con el software Turnitin, lo que brindó la originalidad de supuestos, ideas y propuesta vertida por las investigadoras.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

### III. RESULTADOS

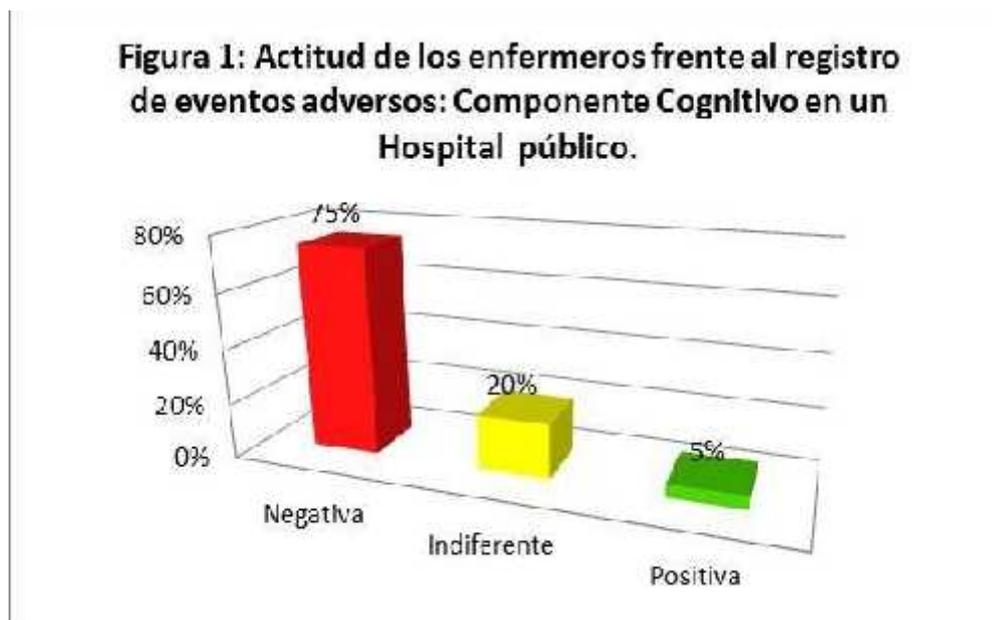
Después de lo sustentado y tras la aplicación del instrumento planteado como escala de Likert se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1:

Actitud de los enfermeros frente al registro de eventos adversos: Componente Cognitivo en un Hospital público

| Componente Cognitivo | N°        | %           |
|----------------------|-----------|-------------|
| Negativa             | 15        | 75%         |
| Indiferente          | 4         | 20%         |
| Positiva             | 1         | 5%          |
| <b>Total</b>         | <b>20</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018



Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018

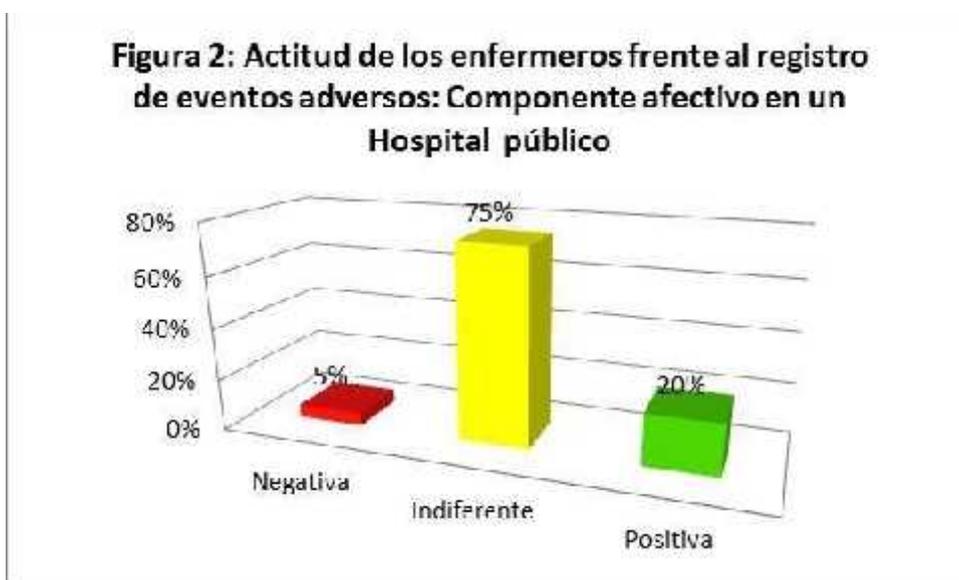
La tabla 1 y su respectiva figura refleja uno de los componentes de las actitudes: componente cognitivo de la cual se observa una actitud cognitiva indiferente en un 75%, seguido de una actitud indiferente con un 20% y solo un 5% una actitud cognitiva positiva.

Tabla 2:

Actitud de los enfermeros frente al registro de eventos adversos: componente afectivo en un Hospital público

| Componente Afectivo | N°        | %           |
|---------------------|-----------|-------------|
| Negativa            | 1         | 5%          |
| Indiferente         | 15        | 75%         |
| Positiva            | 4         | 20%         |
| <b>Total</b>        | <b>20</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018



Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018

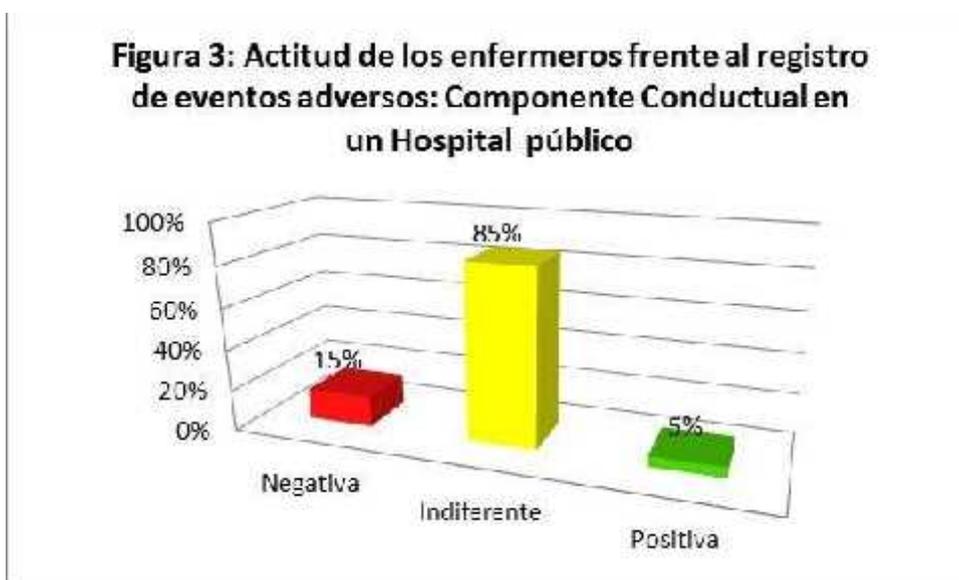
La Tabla 2 donde se observa que un 75% de los encuestados presentaron una actitud indiferente seguida de una actitud positiva con un 20% y sólo un 5% de actitud negativa.

Tabla 3:

Actitud de los enfermeros frente al registro de eventos adversos: componente conductual en un Hospital público

| Componente Conductual | N°        | %           |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Negativa              | 3         | 15%         |
| Indiferente           | 16        | 80%         |
| Positiva              | 1         | 5%          |
| <b>Total</b>          | <b>20</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018



Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018

La tabla 3 y su respectiva figura mostraron que dentro del Componente Conductual se cuenta con un 80% de actitud conductual indiferente, en segundo lugar se encontró una actitud negativa con un 15% y en tercer lugar una actitud conductual positiva con un 5%.

Tabla 4:

Actitud global de los enfermeros frente al registro de eventos adversos en un Hospital público

| Total Actitudes | N°        | %           |
|-----------------|-----------|-------------|
| Negativa        | 2         | 10%         |
| Indiferente     | 17        | 85%         |
| Positiva        | 1         | 5%          |
| <b>Total</b>    | <b>20</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018



Fuente: Datos obtenidos de un Hospital Público. 2018

La tabla 4 nos muestra el promedio total que resulta de los 3 componentes Cognitivo, conductual y afectiva que expresó una actitud indiferente en un 85%, se observó en un 10% una actitud negativa y un 5% de actitud positiva.

**CAPÍTULO IV**  
**DISCUSIÓN**

#### IV. DISCUSIÓN

Tomando en cuenta los resultados presentados en el capítulo anterior, realizamos la discusión a través de la triangulación de los resultados con el marco teórico y las investigaciones que respaldaron este estudio.

Las tablas y figuras muestran la actitud que presentan los enfermeros frente al registro de eventos adversos en áreas críticas de una Hospital público, Al respecto Pérez (2011) afirma que la actitud no es innata sino que se adquiere con el cotidiano hacer del pensar, sentir y del actuar aspectos que están íntimamente relacionado con los valores que dan sentido a la vida y por lo tanto a una atención de calidad que implique un cuidado libre de riesgos.

Aunque el propósito de brindar cuidados libre de riesgos esta mentalmente presente en la práctica clínica de los enfermeros en la realidad vemos que existen falencias en el registro, vigilancia y monitoreo de los sistemas de notificación de los eventos adversos. En este sentido, la tabla 1 hace referencia a la actitud de los enfermeros frente al registro de los eventos adversos: componente cognitivo en un Hospital público. La actitud predominante en éste componente es la actitud negativa con un 75% seguido de actitud de indiferencia con un 20% y tan solo un 5 % actitud positiva.

El componente cognitivo para Figueroa (2010) es una categoría conceptual sobre lo que se piensa del suceso u objeto a los que se dirige la actitud. Este aspecto de la actitud engloba a las creencias, valores y conocimientos que tienen los enfermeros respecto al reporte y registro de eventos dentro de las áreas críticas. La actitud negativa que presentan la mayoría de los investigados, puede depender de muchos factores entre ellos el nivel de conocimiento que tengan los enfermeros, respecto a identificar un evento adverso y la cultura punitiva (castigo y sanción) cuando se evidencia un error.

Lo analizado anteriormente en base al marco teórico se asemeja a lo presentado por Burbano, Caicedo, Cerón, Jache y Yépez, (2013), en su investigación: “Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia”. Donde afirman que el 80% de los participantes informaron que tenían el conocimiento sobre el protocolo de notificación de eventos adversos y afirmaron que la

institución se ha preocupado porque todos estén enterados del tema, sin embargo sólo el 13% de la población encuestada ha reportado el 100% de eventos adversos en los cuales ha estado involucrado. Asimismo el 75% de los participantes afirmó que en su área de trabajo se levanta plan de mejora ante el reporte de un EA, pero también reconocen que una opción empleada después de un reporte es la búsqueda de culpables.

Por otro lado, también observamos una actitud de indiferencia en el 20% de los encuestados, que puede estar reflejada por la falta de compromiso relacionado al reporte y su implicancia dentro del cuidado.

Otro componente tangible dentro de la Actitud es el afectivo que se produce por los sentimientos, emociones y todo aquello que genera motivación. El ser humano busca el placer y su opuesto que es evitar el dolor, de este modo este aspecto de la actitud puede contener sentimientos placenteros y favorables o de lo contrario: negativos, dolorosos y desfavorables. Figueroa (2010), también refiere que este componente puede ser medible a través de la sensibilidad la apatía, el temor y la ansiedad. Para hacer el análisis nos ubicamos en la Tabla 2 donde se observa que un 75% de los encuestados presentaron una actitud indiferente seguida de una actitud positiva con un 20% y sólo un 5% de actitud negativa.

El predominio de la actitud indiferente que observamos en los sujetos estudiados puede estar relacionado al modo de sentir individual, falta de motivación y carencia de entusiasmo ante el registro de los eventos adversos por la misma naturaleza negativa es decir lo atribuye a un error y no a una actitud de compromiso de mejora. Lo ratificamos con lo dicho por Luengo (2016), donde expresa: El registro de eventos adversos no debe generar temor a la sanción sino es para suprimir errores.

Asimismo estos resultados son similares a lo dicho por Contreras, Clavijo y Romero en su estudio: “Factores asociados al no reporte de eventos adversos en servicios de apoyo al diagnóstico. 2010-2015. Colombia”. Ellos refieren que el 46.5% de los investigados implicados en algún evento adverso, consideran que el reporte no es importante. De la misma manera el 29.5% omitió el reporte y el 23% no reportó por miedo.

Por otro lado otros autores como Helmreich(2011, p. 16) corrobora también lo descrito anteriormente al afirmar que el éxito de un sistema de reporte está determinado por las

actitudes y percepciones de los profesionales y los técnicos que están al frente del cuidado de la salud de las personas. Este autor menciona que las causas que impiden el reporte pueden deberse a que ellos no consideran importante, además considera que difícilmente el registro pueda producir cambios positivos, otra causa atribuida es la falta de tiempo, o lo que es peor, omiten el reporte por no dejar expuesto el nombre de la persona implicada.

El tercer y último componente que analizaremos es el conductual que está referido al comportamiento y resulta de la interacción entre los componentes cognitivo-afectivo es decir es la manera en que interacciona el sentimiento y el pensamiento para dar lugar a la acción. Figueroa (2010) este componente es medible a través de indicadores como la comodidad, responsabilidad, vocación, aceptación y rechazo.

Los resultados que se muestran en la tabla 3 hacen mención a éste componente donde la actitud indiferente corresponde a un 80%, otra actitud es la negativa con un 15% y solo un 5% de actitud positiva. Recordando que la actitud es adquirida y tiene relación directa con el actuar de la persona en este caso hacia el registro de los eventos adversos afirmamos que este resultado puede estar influenciado por no haber desarrollado oportunamente el aspecto de responsabilidad no ejemplificado en sus jefes o coordinadores.

Otra conducta indiferente puede deberse por la incomodidad que implica registrar y al no poseer una cultura de registro dentro de las áreas críticas que por las características del servicio prima la atención asistencial sobre la administrativa, lo que se ve reflejado en un reporte verbal y no por escrito. Así también lo mencionaron Burbano, et. al (2013), anteriormente descritos, que prevalece aún la creencia de que habría llamadas de atención y observaciones públicas e incómodas.

De las discusiones anteriores podemos afirmar que las personas están continuamente pensando, sintiendo o haciendo cosas; es decir éstos tres componentes importantes son los que dan origen a la actitud y pueden ser diferentes en cada persona y modificadas con el paso del tiempo. En la Tabla 4 observamos que la actitud que tienen los enfermeros respecto al registro de eventos adversos son similares casi en su mayoría, que traducida de manera porcentual indican que hay una actitud dominante de indiferencia en un 85%, seguida de una actitud negativa en un 10% y un escaso 5% posee actitud positiva.

Al respecto los autores mencionados en el párrafo anterior afirman también que de la

muestra participante el 72% cree que no se realiza reporte de EA por temor; sin embargo el 80% de los participantes está de acuerdo con que la mejor opción para la institución es el aumento en el reporte. Penosamente todo lo contrario ocurrió en nuestros investigados, debido a que sólo el 5% presenta conducta positiva frente al reporte.

De todo lo discutido anteriormente, podemos afirmar que es realmente preocupante la resistencia al registro de los EA, porque erróneamente creen que el reporte verbal puede reemplazar al registro. En este marco de la investigación las autoras concluyen que asociar el reporte de un EA como una evidencia de actitud indiferente, da cuenta de la necesidad urgente de reformular el significado del reporte y exigir un nivel de responsabilidad en los profesionales de enfermería.

Donde la Gestión de la seguridad del paciente, tiene relevancia prioritaria en la gestión de los cuidados libres de riesgo con el fin de tomar decisiones orientadas a brindar una atención segura a sus usuarios que adicionalmente garanticen la confianza y reconocimiento del servicio en el sector salud. En este sentido, las investigadoras con el afán de obtener mejoras en la atención presentamos una proyección de un Modelo de Gestión: Enfermeros con actitud positiva: “Notificar para mejorar”, que tiene por objetivo mejorar la actitud de los enfermeros hacia el registro de eventos adversos.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES**

## V. CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusión general

Las investigadoras de acuerdo a los resultados obtenidos, proponen un Modelo de Gestión titulado: “Notificar para Mejorar”, basado en el Modelo de gestión de salud de Federico Tobar, donde describe el Ser, el Hacer y el Saber, lo que implica transformar la actitud de los enfermeros, fomentando una cultura de registro frente a la presencia de los eventos adversos.

### 5.2. Conclusiones específicas

El 75% de los enfermeros muestran una actitud negativa frente al registro de eventos adversos en relación al componente cognitivo.

El 75% de los enfermeros tienen una actitud indiferente frente al registro de eventos adversos en relación al componente afectivo.

El 80% de los enfermeros presentan una actitud de indiferencia frente al registro de eventos adversos en relación al componente conductual.

El 85% de los enfermeros que laboran en Áreas críticas de un Hospital público en Chiclayo presentan una actitud de indiferencia hacia el registro de eventos adversos, seguido de un escaso 10% y 5% que corresponde a una actitud negativa y positiva respectivamente.

# **CAPÍTULO VI**

## **RECOMENDACIONES**

## **VI. RECOMENDACIONES**

### **A LAS AUTORIDADES HOSPITALARIAS.**

✓ Incorporar y desarrollar dentro del plan de capacitación de mejora continua, la Propuesta del Modelo de gestión: Enfermeros con actitud positiva: “notificar para mejorar”.

### **A LOS COORDINADORES DE ÁREAS CRÍTICAS**

✓ Incentivar el registro de eventos adversos a través de un acompañamiento por parte de los coordinadores junto a los enfermeros asistenciales mostrando responsabilidad compartida basada en la mejora para la gestión hospitalaria.

✓ Deben, contar con mayor número de horas administrativas, para el monitoreo y vigilancia de los registros de eventos adversos.

### **A LAS AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

✓ Se recomienda incorporar dentro del plan curricular de Áreas críticas temas relacionados a los sistemas de vigilancia y monitoreo en registros de eventos adversos.

## **VII. REFERENCIAS**

## REFERENCIAS

- Abanto, W. (2016). Diseño y desarrollo del Proyecto de investigación: Guía de aprendizaje. Trujillo. Escuela de Postgrado. Universidad Nacional Cesar Vallejo.
- Alarcón, D. y Gil, L. (2013). Evaluación de las causas de los eventos adversos o incidentes que afectan la seguridad del paciente, en el Hospital Central de la Policía. Enero 2012 a diciembre 2013. (Tesis de maestría). Recuperado: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12202/1022340367-2016.pdf?sequence=1>.
- Alfaro, E. y Beraun, M. (2015) Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en los servicios de medicina interna del hospital Nacional Dos de Mayo. Universidad Privada Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
- Ávila, J. (2012) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México. Informe Belmont. Última modificación: 31 de Mayo del 2012. Disponible en: [http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigación/comité\\_Ética\\_/informe\\_belmont.html](http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigación/comité_Ética_/informe_belmont.html).
- Burbano H; Caicedo, M; Cerón, A; Jacho, C. y Yépez, M. (2013): Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072013000200009&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072013000200009&script=sci_abstract).
- Cabo, J. (2017). Gestión Sanitaria: gestión por procesos. [www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html](http://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html).
- Casas Anguita, J., Repullo, J y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I) Atención Primaria; 31(8):527-38, recuperado de la URL <http://external.doyma.es/pdf/27/27v31n08a13047738pdf001.pdf> abril 6, 2009.
- Chávez, N. (2007) Introducción a la Investigación Educativa. Tercera Edición en Español. Editorial La Columna. Maracaibo- Venezuela

- Contreras, L; Clavijo, C; Romero, J: Factores asociados al no reporte de eventos adversos en servicios de apoyo al diagnóstico. 2010-2015. Colombia. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/1202-3086-2-PB.pdf>
- Cornejo, L. (2014). El Factor Humano. Educaméricas. Recuperado en enero de 2015 en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/protocolo\\_de\\_londres\\_incidentes%20clnicos.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/protocolo_de_londres_incidentes%20clnicos.pdf)
- Cuadros, Padilha, Toffoletto, Henriquez y Canales. (2012). Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. (Tesis Doctoral).
- Eiser J. (2012) Psicología social, actitudes, cognición y conducta social. Ed. Mac Graw-Hill. México.
- ENEAS. [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia\\_opsc\\_sp2.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia_opsc_sp2.pdf)
- Feria, L., Lugo, B., Noriega, L., Osorio, A. (2012), Manual de seguridad del paciente para rehabilitación física.
- Fernández, S. (2016) La comunicación como factor contribuyente en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud. Boletín CONAMED-OPS <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/412>
- Ferreira, A., Ford, Z. y Chiminelli, V. (2014). Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: La seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es\\_0104-0707-tce-24-02-00310.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es_0104-0707-tce-24-02-00310.pdf)
- Ferreira, R., Souza, A y Gouveia, I (2018) Eventos adversos en unidad de terapia intensiva. Revista de Enfermagem Journal of Nursing p.19
- Figuroa, N. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvicouterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento. Barranquilla, Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/>.
- García-Barberos, M. (2012). La alianza mundial para la seguridad del paciente. Recuperado de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

- Gómez, A. Espinoza, A. (2006). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Rev. Aquichan volumen 6.
- Helmreich R. (2016) Identifying Barriers to the Success of a Reporting System. Agency for Healthcare Research and Quality (US) [Internet]. [Cited 26 April 2016]; Available from: Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20544/#A4544>.
- Hernán, J (2014), en su tesis Doctoral investigo sobre: “Educación para la Salud en la prevención de Eventos Adversos. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Hospital Carlos Lanfranco La Hoz: Fortaleciendo la gestión de riesgos para reducir los eventos adversos en los procesos de atención del hospital Carlos Lanfranco la hoz durante el primer semestre del 2013. Disponible en: [www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/proyectos.../2013/2013-A1.pdf](http://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/proyectos.../2013/2013-A1.pdf)
- Hurtado, J (2012) Metodología de la investigación, guía para una comprensión holística de la ciencia. Ediciones Quirón. Bogotá. Colombia. <http://investigacionholistica.blogspot.com/2008/02/la-investigacin-proyectiva.html>
- IBEAS. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/plan\\_Calidad\\_SNS/docs/INFORME\\_IBEAS .pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/plan_Calidad_SNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)
- Kerlinger, E N(1975). Investigación del comportamiento : técnicas y metodología. México, D.E: Nueva Editorial Interamericana. Primera edición en español
- Kérouac, S., Ducharme, F., Pepin, J, Duquete, A y Mayor, F (1996). El pensamiento Enfermero. España. Ed. ElsevierMasson. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/283449506/Pensamiento-Enfermero>
- Lifshitz, A. (2002). El significado actual de primun non nocere: *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Seminario llevado a cabo en: seminario sobre medicina y salud, México, [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002 /ponencia\\_jul\\_2k2. html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002 /ponencia_jul_2k2. html)

- Luengo, C., Paravic, T. y Valenzuela, S. (2016), Causas de subnotificación de accidentes de trabajo y eventos adversos en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2016.39(2):86-92.
- Maslow, A.H. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 1943, 50, 370-396. The American Psychological Association. Disponible en <http://psychcentral.com/classics/Maslow/motivation.htm>
- Ministerio de salud. (2009). Sistemas de vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos. disponible en: [https://es.scribd.com/document/284114754/ Instrumentos - Incidentes-Eventos-Adversos](https://es.scribd.com/document/284114754/Instrumentos-Incidentes-Eventos-Adversos)
- Ministerio de salud. (2015) Observatorio de calidad de la atención en salud. Recuperado de: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Inicio.aspx>
- Ochoa, G: “El Desafío de la Gestión Estratégica en los Hospitales Públicos de Santa Cruz”, El paradigma de la Administración Estratégica aplicada en la Gestión del Sistema de Salud de los Hospitales de la Provincia de Santa Cruz. UCASAL. 2015. disponible en: <http://www.consejo.org.ar/congresos/material/12congresoادمi/Trabajo4.1.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano PNUD. Capítulo 2; Nuevas dimensiones de la seguridad humana. (1994). Disponible en <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1994/capitulos/espanol/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007. Recuperado: [www.minsa.gob.pe/observatorio/documentos/proyectos](http://www.minsa.gob.pe/observatorio/documentos/proyectos).
- OPS. Índice de seguridad hospitalaria. Recuperado en: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc18025/doc18025.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2006) *59ª Asamblea Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente*. Recuperado de: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC1/s/WHA59\\_2006\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/WHA59_2006_REC1-sp.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2001) Consejo ejecutivo, 109ª reunión. Calidad de la Atención. Seguridad del paciente. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS(2004) Medicamentos Esenciales-efectos adversos e interacciones. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/4.4.html>
- Passoni,R.; Passaura,M; Borges,F y Rodríguez, A. (2016). “Búsqueda activa contribuye a la identificación de eventos adversos e incidentes en cuidados intensivos”
- Parra, D; Camargo-Figuera, F. Y Rey Gómez, R. (2012)Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- Pérez, R.(2011) Psicología laboral. Actitud. España. Disponible en URL: disponible en: <http://www.asimetcapacitacion.cl/actitud.htm>
- Ramió, J. (2011) Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. España. Disponible en: [http://www.tdr.cesca.es/tesis\\_ub/available/tdx-0329106-163645/arj\\_tesis.pdf](http://www.tdr.cesca.es/tesis_ub/available/tdx-0329106-163645/arj_tesis.pdf)
- Ramos, M. (2012). Capacitación y calidad en los Servicios Médicos. Hospital Ambato.
- Ramírez, T (1999). Como hacer un proyecto de investigación. Primera edición. Caracas-Venezuela.
- Reason, J.(2000). Human error: models and management. BMJ. Mar 18;320(7237):768-70.
- Reyes, J.(2011) Taxonomía en seguridad del paciente:¿Hablamos todos el mismo idioma?. Recuperado de: [www.taxonomia%20de%20errores%20seguridadpaciente.pdf](http://www.taxonomia%20de%20errores%20seguridadpaciente.pdf)

- Rodríguez, Y. (2014). “Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería”. (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834801010>
- Román A. (2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5329>
- Rosa, Z. et al (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>.
- Suzanne Kérouac. (1996). pensamiento Enfermero. Primera edición. ElsevierDoyma, S.L. Publicación de MASSON. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Tamayo y Tamayo, M. (2017) El proceso de la investigación. Editorial Limusa. 5<sup>o</sup> Edición. México.
- Trabanca Beltrán, Y., Jiménez López, G., Alfonso Orta, I., Pavón Guibert, K., & Albear Caró, F. (2018). Implementación del Programa de Notificación de Efectos Adversos por Pacientes en Guantánamo Cuba. Revista Información Científica, 97(2), 281-297. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1882/3596>.
- Santacruz, J., Rodriguez, J (2011). Marco general de la seguridad del paciente. Mexico. Recuperado de: [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2305/mod\\_resource/content/1/Modulo\\_3/SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.\\_Unidad\\_didactica\\_1.\\_Marco\\_general\\_de\\_la\\_SP.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2305/mod_resource/content/1/Modulo_3/SEGURIDAD_DEL_PACIENTE._Unidad_didactica_1._Marco_general_de_la_SP.pdf)
- Stephen Robbins, P.(2004) Comportamiento Organizacional. 10<sup>a</sup> Edición. Prentice Hall. México.
- Taylor, S y Vincent, CH. Sistema de Análisis de incidentes Clínicos: Protocolo de Londres. London UK. Recuperado de

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf)

Urosa, C (2017) El consentimiento informado en la investigación clínica. Recuperado de [http://www. Redalyc.org/articulo.oa?id=3737319199005](http://www.Redalyc.org/articulo.oa?id=3737319199005)

Vargas, R; Barrientos y R; Llontop, J (2017) Actitudes del personal de salud frente a eventos adversos(Tesis de maestría).Recuperado de [http://journal.upao.edu.pe /puebloContinente/article/download/796/735](http://journal.upao.edu.pe/puebloContinente/article/download/796/735)

# **ANEXOS**

## **Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....; Identificada (o) con DNI: ..... Acepto participar voluntariamente en la investigación: “Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público, cuyo objetivo es: Proponer un Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. La investigación la desarrollan Mavila Guevara Medina y Lisset Villalobos Cachay.

Admito que recibí explicación sobre el estudio y he comprendido que la información que brinde es estrictamente confidencial y los datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a las normativas de protección de la información. Además me han informado que puedo hacer preguntas en cualquier momento del desarrollo del Test y retirarme también del estudio sin dar explicación alguna.

Por tanto Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en éste estudio de investigación.

-----

Firma del participante

## Anexo 2: INSTRUMENTO



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### ESCALA DE LIKERT: ACTITUDES

#### PRESENTACIÓN

El presente instrumento, corresponde a una escala de Likert que fue elaborado y validado por juicio de expertos, cuya finalidad es recolectar información, que servirá para el desarrollo de la investigación: “Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público. Cabe recalcar que la presente escala de Likert es completamente anónimo, por lo que le solicito su total veracidad en el desarrollo del mismo. Agradeciendo de antemano su colaboración.

#### I. DATOS GENERALES:

EDAD: \_\_\_\_\_

#### II. INSTRUCCIONES

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

**TA:** Totalmente de Acuerdo

**A:** Acuerdo

**NA/ND:** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

**D:** Desacuerdo

**TD:** Totalmente en Desacuerdo

**III.CONTENIDO:**

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

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

**Anexo 3: CONSTANCIA DE VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS.**



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 01**

**1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:**

- 1.1 Nombre y Apellido : Maria Mercedes Seituque Valderrama
- 1.2 Profesión : Enfermera
- 1.3 Grados académicos : Doctora
- 1.4 Institución donde trabaja : Hospital Regional Lambayeque
- 1.5 Cargo que desempeña : Responsable Oficina de Gestión de la Calidad
- 1.6 Teléfono : 968753983
- 1.7 Correo Electrónico : mameseva@hotmail.com

**2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR:**

**3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN**

**3.1. Título de la Investigación:**

Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público.

**3.2. Objetivo del Estudio:**

Proponer un plan de gestión para cambiar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos en áreas críticas del Hospital Público.

**4. APRECIACIONES:**

**4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:**

- a. Suficiente:   X
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

**4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:   X
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

- b. Medianamente Suficiente: X.  
c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:  
Revisar siempre cumplir base teórica.

**4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:**

- a. Suficiente: (X)  
b. Medianamente Suficiente: X  
c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:  
Ítem N° 8. este considerado con evidencias, si se mejora redacción debe para cognitivos.

**4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:**

- a. Suficiente: (X)  
b. Medianamente Suficiente: X  
c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:  
Se son cumplidamente en la organización ejemplo de pte. si el trabajador o empresa ha reportado alguna vez un suceso adverso en el período de trabajo.

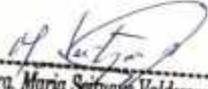
**4.5. Redacción de los ítems:**

- a. Adecuada: (X)  
b. Inadecuada: \_\_\_\_\_

Observaciones:  
mejorar redacción de ambivalencia ejemplo ítem N° 2. se difunde hablar de incidentes y de eventos adversos "revisar base teórica"

**5. CONCLUSIONES:**

Medianamente aceptable, cumplir base teórica, mejorar redacción de algunos ítems.

  
Dra. María Sevillano Valderrama  
C.E.P. 9998 R.N.E. 627

Chiclayo, 14 de Mayo del 2018

## FICHA VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 02



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 02

#### 1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- |     |                           |  |
|-----|---------------------------|--|
| 1.1 | Nombre y Apellido         | : Doris Libertad Pais Lescano                |
| 1.2 | Profesión                 | : Enfermera                                  |
| 1.3 | Grados académicos         | : Magister                                   |
| 1.4 | Institución donde trabaja | : HRD Las Mercedes y UNPRG                   |
| 1.5 | Cargo que desempeña       | : Docente UNPRG y Enf. Asistencial UCI-HRDLM |
| 1.6 | Teléfono                  | : 951058672                                  |
| 1.7 | Correo Electrónico        | : dorispais@hotmail.com                      |

#### 2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

#### 3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1. Título de la Investigación:

Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público.

##### 3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un plan de gestión para cambiar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos en áreas críticas del Hospital Público.

#### 4. APRECIACIONES:

##### 4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente:  X   
b. Medianamente Suficiente: \_\_\_\_\_  
c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

##### 4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente:  X   
b. Medianamente Suficiente: \_\_\_\_\_  
c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

**4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.5. Redacción de los ítems:**

- a. Adecuada:
- b. Inadecuada:

Observaciones:

---

---

**5. CONCLUSIONES:**

Chiclayo, 15 Mayo del 2018



---

Mg. Doris Libertad Pais Lescano  
**JUEZ EXPERTO**

## FICHA VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 03



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 03

#### 1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- 1.1 Nombre y Apellido : María Violeta Vásquez Castro
- 1.2 Profesión : Enfermera
- 1.3 Grados académicos : Magister en Gestión Educativa
- 1.4 Institución donde trabaja : Universidad César Vallejo
- 1.5 Cargo que desempeña : Enfermera Gestora
- 1.6 Teléfono : 938250756
- 1.7 Correo Electrónico : [mvasquez@essalud.gob.pe](mailto:mvasquez@essalud.gob.pe)

#### 2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

#### 3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1. Título de la Investigación:

Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público.

##### 3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un plan de gestión para cambiar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos en áreas críticas del Hospital Público.

#### 4. APRECIACIONES:

##### 4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

##### 4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.5. Redacción de los ítems:**

- a. Adecuada:
- b. Inadecuada:

Observaciones:

---

---

**5. CONCLUSIONES:**

Chiclayo, del 2018

---

Mg. Maria V. Vinquez  
ENF. JEFE CIRUGIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
CER 10949  
H.N.A.A.A.

## FICHA VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 04



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS- JUEZ 04

#### 1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO:

- 1.1 Nombre y Apellido : Patricia del Rocio Chávarry Ysla
- 1.2 Profesión : Enfermera
- 1.3 Grados académicos : Doctor en Gestión
- 1.4 Institución donde trabaja : Universidad César Vallejo
- 1.5 Cargo que desempeña : Docente de Posgrado
- 1.6 Teléfono : 947491089
- 1.7 Correo Electrónico : [chavarryp@ucvvirtual.edu.pe](mailto:chavarryp@ucvvirtual.edu.pe)

#### 2. NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

#### 3. SOBRE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1. Título de la Investigación:

Plan de mejora para el cumplimiento de indicadores de desempeño en salud bucal  
Dirección Sub-Regional Cutervo, Cajamarca.

##### 3.2. Objetivo del Estudio:

Proponer un plan de mejora para el cumplimiento de indicadores de desempeño en salud bucal Dirección Sub-Regional Cutervo, Cajamarca.

#### 4. APRECIACIONES:

##### 4.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos:

- a. Suficiente: ~~\_\_\_\_\_~~
- b. Medianamente Suficiente: \_\_\_\_\_
- c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

##### 4.2. Pertinencia de los ítems con la Variable:

- a. Suficiente: ~~\_\_\_\_\_~~
- b. Medianamente Suficiente: \_\_\_\_\_
- c. Insuficiente: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

**4.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores:**

- a. Suficiente:
- b. Medianamente Suficiente:
- c. Insuficiente:

Observaciones:

---

---

**4.5. Redacción de los ítems:**

- a. Adecuada:
- b. Inadecuada:

Observaciones:

---

---

**5. CONCLUSIONES:**

Chiclayo, junio del 2018



---

Dra. Patricia del Rocio Chávarri Ysla

## Anexo 4: FICHA TÉCNICA

1. **Título** : Actitud de los Enfermeros en el registro de eventos adversos.  
Hospital. Público. Chiclayo
2. **Autores** : Mavila Guevara Medina  
: Lisset Villalobos Cachay.
3. **Procedencia** : Chiclayo
4. **Administración** : Individual
5. **Duración** : 15 minutos
6. **Aplicación** : Enfermeros de áreas críticas. Hospital Público
7. **Administración y Calificación:**

Se administró utilizando los siguientes materiales:

Hoja de Respuesta

Lápiz o lapicero

8. **Consigna**

La presente escala de actitudes forma parte del trabajo de investigación, consta de 20 preguntas; conteste lo más honestamente marcando el valor que crea conveniente.

9. **Baremación** : Autoras

### GENERACIÓN DE BAREMOS

**Tabla N° 1**

| ESCALA DE CALIFICACIÓN | COMPONENTE COGNITIVO |
|------------------------|----------------------|
| [5—11]                 | NEGATIVO             |
| [12—17]                | INDIFERENTE          |
| [18-25]                | POSITIVO             |

**Tabla N° 2**

| ESCALA DE CALIFICACIÓN | COMPONENTE AFECTIVO |
|------------------------|---------------------|
| [7—15]                 | NEGATIVO            |
| [16-24]                | INDIFERENTE         |
| [25-35]                | POSITIVO            |

**Tabla N° 3**

| ESCALA DE CALIFICACIÓN | COMPONENTE CONDUCTUAL |
|------------------------|-----------------------|
| [8-18]                 | NEGATIVO              |
| [19-29]                | INDIFERENTE           |
| [30-40]                | POSITIVO              |

**Tabla N° 4**

| ESCALA DE CALIFICACIÓN | ACTITUD GENERAL |
|------------------------|-----------------|
| [ 20-46 ]              | NEGATIVO        |
| [ 47-73 ]              | INDIFERENTE     |
| [ 74-100]              | POSITIVO        |

## ANÁLISIS DE FIABILIDAD

**Tabla N° 5**

| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
|------------------|-----------------|
| ,806             | 20              |

Se diseñó una escala de actitudes de 20 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Crombach.

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

= Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V<sub>i</sub> = Varianza de cada Ítem

V<sub>t</sub> = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,806; indicando que el instrumento es altamente confiable.

**Anexo 5: PROPUESTA**



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**

**MODELO DE GESTIÓN: ENFERMEROS CON ACTITUD POSITIVA:**  
**“NOTIFICAR PARA MEJORAR”**

**PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRAS EN GESTIÓN DE LOS**  
**SERVICIOS DE LA SALUD.**

**AUTORAS: MAVILA GUEVARA MEDINA**  
**LISSET VILLALOBOS CACHAY**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2018**

## **1. INFORMACIÓN GENERAL**

**NOMBRE DEL MODELO DE GESTIÓN:** ENFERMEROS CON ACTITUD POSITIVA: “NOTIFICAR PARA MEJORAR”

**DIRIGIDO A:** LICENCIADOS DE ENFERMERÍA DE ÁREAS CRÍTICAS.

**AUTORES :** MAVILA GUEVARA MEDINA

: LISSET VILLALOBOS CACHAY

## **2. PRESENTACIÓN**

Hoy en día la seguridad de los pacientes implica, mejor calidad de atención y menos errores por parte del personal asistencial, el MINSA por ejemplo desde varios años atrás viene tratando de mitigar los daños no intencionales, también conocidos como eventos adversos (EA) que se derivan del cuidado y que se producen en cualquier nivel de atención.

En la actualidad los registros de notificación de EA, son considerados como una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia; es una manera en que los profesionales rindan cuenta sobre cuán segura es su práctica, ya que estos registros bien llenados y reportados oportunamente proporcionan información valiosa para la mejora de la seguridad de los pacientes, que se refleja finalmente en la calidad de la atención.

Sin embargo podemos afirmar también que aquí se involucran una serie de aspectos, entre ellos la actitud del personal frente al registro de EA, al respecto el estudio sobre las actitudes del personal de salud frente a un EA, refiere que los problemas en la notificación son debido a limitaciones de tiempo, técnicas que no satisfacen, normas culturales, creencias acerca del riesgo, inadecuada capacitación y actualización sobre el tema, percepción del escaso valor de reporte de EA y siguen pensando todavía que si lo reporta pueden ser juzgados o entrar en un litigio. (Mena, citado por Gonzales, Reynaga y Aponte, 2017).

En este marco la investigación: Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Desarrollado en Áreas críticas de un Hospital Público en la ciudad de Chiclayo, mostró que la actitud de los enfermeros es predominantemente negativa en el 75% de los investigados, seguida de una actitud de indiferencia en el 20% y un escaso 5% presentó una actitud positiva, frente al registro de eventos adversos, conducta que es preocupante, porque los registros de incidentes y eventos adversos propuestos por el MINSA, tienen la finalidad de notificar, socializar y corregir errores, los mismos que al presentarse pueden complicar la patología de base lo los pacientes y muchas veces aumentar de manera significativa la estancia en las unidades críticas y por ende el aumento de los costos económicos para el estado.

Por lo tanto el registro correcto y oportuno de los EA debe considerarse una prioridad, dentro de estas áreas, porque puede ayudar a evitar recurrencias, pone en alerta a los coordinadores a mejorar la supervisión, son fuentes de información por ser indicadores de calidad y porque su omisión puede poner en riesgo de manera directa la seguridad de los pacientes en estado crítico.

Tomando como punto de referencia a los resultados antes mencionados, las investigadoras presentan un Modelo de propuesta titulada: “ENFERMEROS CON ACTITUD POSITIVA: “NOTIFICAR PARA MEJORAR”. El Modelo contempla una serie de actividades encaminadas a mejorar la actitud del personal de enfermería, frente al registro de eventos y está basado en el modelo de Gestión de salud de Federico Tobar.

### **3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA.**

La atención que brinda el personal de salud es una compleja combinación de procesos, estructuras, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el moderno sistema de salud. En tal sentido la atención debe brindarse en óptimas condiciones y con los recursos existentes disponibles. Por lo tanto, el tema de la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud en todo el mundo ha tomado gran relevancia, principalmente para disminuir el impacto que provocan los eventos adversos en los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de la atención

insegura que reciben en las instituciones de salud. Es por eso que estableció medidas orientadas para su prevención, exposición pública y la mitigación de los efectos cuando estos se presentan (Germán y Hernández. 2012).

En relación a lo anterior se dice que la notificación o registro de eventos adversos por el personal de salud constituye un instrumento de mejora para establecer medidas preventivas en los sistemas de salud, ya que permite conocer el problema, su magnitud y los factores que lo condicionan. Sin embargo en el estudio realizado se observa una actitud negativa e indiferente frente al registro de los eventos adversos en la mayoría de los investigados. Por lo que esta propuesta de mejora se sustenta en el Modelo de Gestión de Federico Tobar.

Tobar, citado por Román. (2012): Refiere que un Modelo de Gestión implica conceptualizar el Ser, el Hacer y el Estar de la organización, adaptado al resultado de la investigación significa transformar los recursos con los que cuentan las áreas críticas de la institución estudiada y encaminarlos en el cumplimiento de los objetivos.

Para éste mismo autor los componentes del modelo de gestión están inmersos dentro de cada dimensión (Ser, Hacer y Estar).

EL SER: Aquí están inmersas la misión, la visión y los valores.

✓ La misión es como la institución contribuye con la sociedad, es a partir de aquí que definimos la eficacia de los resultados, si no hay una misión, tampoco existe la organización, es decir si las personas no logran definir claramente hacia donde se dirigen, no lograrán nunca unir esfuerzos. En un análisis más profundo se dice que un servicio o área de la salud puede tener insumos, la mejor tecnología, moderna infraestructura y hasta excelentes profesionales, pero nunca podrá comprar una misión. En otros términos la misión esta primero, a partir de allí nacen los planes, no se puede ofrecer una atención segura, sin antes tener en claro la razón de ser del servicio.

La propuesta pretende inculcar en los enfermeros de áreas críticas una cultura de registro de los eventos adversos, basada en hacer siempre el bien.

✓ La visión en cambio es la imagen, es el sueño hacia donde quieren llegar los miembros del área crítica, pero esta imagen tiene que ser real o algo que se pueda representar y que las personas lo puedan ver mentalmente.

Para que la visión sea correctamente expresada debe cumplir ciertos aspectos: uno de ellos es el concepto enfocado, que quiere decir que es una creación de valor, donde las personas pueden realmente decir que si es posible perseguir ese ideal. Otro requisito es tener una sensación de propósito noble, se logra haciendo que los agentes involucrados sientan que realmente vale la pena realizar algo que pueda realmente contribuir a mejorar la vida de las personas; finalmente el otro aspecto es una probabilidad verosímil de éxito, es decir que la gente lo crea viable y que aunque no sea posible lograr la perfección, al menos se justifique luchar por algo que se puede alcanzar.

Para que lo dicho anteriormente respecto a la misión y la visión tengan un significado valioso necesitan estar articulados con los valores.

✓ Valores: los valores con los que están formados las personas es un tema complejo y muy discutido hasta hoy, porque existe la probabilidad de que la gente esté muy comprometida con la misión y visión de la empresas, pero que incurra en conflictos porque tiene valores diferentes en relación a la manera como trabajar y al hecho de trabajar en común. Sin embargo por el contrario si existen valores compartidos habrá mayor disposición para trabajar todos en la misma dirección, en tal sentido se dice que los valores son la manera como la gente se entiende.

La consistencia de estos tres elementos: misión, visión y valores, son los que nos conduce al hacer.

HACER: Está referido a tres aspectos que son las prioridades, las funciones y las acciones.

✓ Prioridades: Determinar las prioridades, es seleccionar las rutas en busca de la misión, se sabe que en toda organización hay problemas, por lo tanto se debe utilizar los recursos con los que dispone para cumplir con lo requerido y lograr alcanzar los objetivos. Es en el saber identificar las prioridades, donde empieza realmente a notarse la consistencia de la organización, pareciera que a veces existen varios caminos que nos llevan a la misión y es allí cuando los agentes tienen diferencias en cuanto a cual camino es el apropiado, pero

si hay claridad en la selección de las prioridades entonces el resultado será exitoso en el organización.

✓ Funciones: para lograr la misión es indispensable contar con un modelo de como dividir el trabajo, es decir formar unidades dentro de la organización que tengan la capacidad de asumir funciones y desarrollarlas de acuerdo a la misión.

✓ Actividades: Es el trabajo en sí, o las tareas propiamente dichas, que asume cada una de los enfermeros de áreas críticas en la prevención y registro correcto de eventos adversos si se presentase. Por ello la importancia de describir de forma precisa y detallada que actividades corresponde realizar a cada agente. Sin embargo ante un cambio de la institución algunas de las actividades pueden ser modificadas o sustituidas por otras. Se dice también hoy en día que las actividades suelen ser distribuidas de acuerdo a las habilidades de cada persona, de manera que el trabajo sea organizado con mayor efectividad, con la finalidad de obtener mejores resultados.

ESTAR: Aquí están contemplados las estructuras y la cultura e incentivos.

✓ Estructuras: Es la manera como se divide el trabajo pero dentro de la organización y donde existen jerarquías en función de los procesos. La estructura se representa gráficamente a través del organigrama allí se grafican todas las líneas organizativas. Pero se dice también que las estructuras no solo lo constituyen los organigramas, sino que es importante describir cual es la manera real de distribución del trabajo. En varias oportunidades se observa que los puestos y hasta las gerencias están solo por formalismo, más las verdaderas funciones son delegadas.

✓ Cultura e incentivos: Las motivaciones dentro de una organización pueden ser varios como retribuciones económicas, cursos de capacitación, o incentivos grupales como viajes, paseos, etc.

También es importante definir otros conceptos en base a los que se desarrolla ésta propuesta.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud, (2009). Publicó el “Informe Técnico Definitivo del Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”, el cual ha sido usado de referencia para el diseño de este listado, que tiene como

objetivo el servir de apoyo al personal de salud para el correcto registro y reporte de los eventos adversos que ocurran en los establecimientos de salud.

**INCIDENTE:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Es frecuente que un evento adverso sea confundido con un incidente pero este se trata de un suceso que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que favorece la ocurrencia de un evento adverso.

**EVENTO ADVERSO:** Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.

Para que un suceso sea considerado como un evento adverso debe cumplir con los siguientes criterios: Daño en el paciente: Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:

- a) Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia, Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad
- b) Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración
- c) Grave: En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- d) Muerte: En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

De lo dicho anteriormente todo evento adverso, debe ser se registrado y reportado adecuadamente, según el sistema de notificación del MINSA. (2011)

## SISTEMAS DEREGISTRO DE NOTIFICACIÓN.

El informe del Institute of Medicine (IOM) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Este informe establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.

Sin embargo el tema complejo aún en el buen reporte y registro de los eventos adversos en las áreas críticas de un Hospital Público de Chiclayo es un tema relacionado a la actitud del personal de enfermería. Al respecto (Pérez R, 2011). Afirma que la ACTITUD, no es innata, sino que es una forma de respuesta que se adquiere, es relativamente estable o permanente (permanecen casi siempre estables con el tiempo). Se dice también que es una reacción que tiene relación con el afecto y que puede positiva o negativa hacia lo abstracto o concreto, formando una guía de conducta, abreviada, que sintetiza la forma de comportamiento en una situación específica con reacciones favorables o desfavorables

Las actitudes están conformadas por creencias, opiniones, sentimientos, conductas y valores. La actitud puede modificarse, pero se tiene que tener la postura de disposición para el cambio, es decir, que determinados factores ante una situación y su respuesta nos explica cómo una persona sometida al estímulo, adoptará un determinado comportamiento. (Figuroa, 2010). Este mismo autor refiere que las actitudes se hacen tangibles en tres componentes los cuales son:

a) Componente Cognitivo: referido a una categoría conceptual del ¿qué piensa?, sobre los objetos o sucesos a los que se dirige la actitud, se define especificando los objetos, personas o eventos, incluye la selección y codificación. Sus indicadores son: Las creencias, los valores y el conocimiento.

b) Componente Afectivo está referido al ¿Qué siente?, es decir es el sentimiento que está en pro o en contra de una situación social previo conocimiento del mismo. El ser humano busca el placer y su opuesto, evitar el dolor, de este modo, la actitud puede contener sentimientos positivos, placenteros y favorables o negativos dolorosos y desfavorables. Sus indicadores son: La sensibilidad, la apatía, el temor y la ansiedad.

c) Componente Conductual está referido al ¿Cómo se comporta?, es decir es la fuerza motivadora de la acción, resulta de la interacción entre los componentes cognitivo-afectivo y la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción. Sus indicadores son: La Comodidad, la responsabilidad, la vocación, la aceptación y el rechazo.

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **4.1. OBJETIVO GENERAL.**

Mejorar las actitud del personal de enfermería, frente al registro de eventos adversos en áreas críticas. Hospital Público.

##### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- ✓ Sensibilizar y motivar al personal de enfermería de áreas críticas sobre la importancia del registro de los eventos adversos y su implicancia dentro del cuidado de enfermería.
- ✓ Comprometer al personal de enfermería a que participe activamente en rondas de seguridad dentro del servicio.
- ✓ Socializar el registro del sistema reporte de eventos adversos.
- ✓ Identificar los riesgos en el servicio para adoptar barreras de seguridad y acciones seguras que permitan minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

#### **5. JUSTIFICACIÓN.**

Esta propuesta tiene la finalidad de plantear un modelo de gestión moderno que permita generar compromisos y actitud positiva frente al registro de eventos adversos en los enfermeros de áreas críticas, pensando en la efectiva satisfacción de la persona cuidada; además el modelo pretende fortalecer la detección oportuna de incidentes y eventos adversos para identificar oportunidades para la mejora de la calidad técnico - asistencial en el proceso del cuidado.

La propuesta suministrará información clara, precisa y comprensible, sobre lo que implica tener una actitud positiva frente a los sistemas de notificación de eventos adversos, ya que

estos no deben ocurrir y si se presentan debería ser solo por fallas en los procesos en lugar de errores netamente humanos, en tal sentido el modelo permitirá sensibilizar al personal y contribuir a desarrollar estrategias de calidad en las áreas críticas, encaminadas a la obtención de cambios en la organización de los procesos generando una cultura de mejora continua en busca de la seguridad de los pacientes y la habilidad de hacer más seguros todos los procesos.

## **6. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.**

La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes en los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.

La propuesta planteada se fundamenta en la implementación de procesos y estrategias encaminadas a reducir la probabilidad de errores en la atención, aumenta la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, esto se logrará cuando el personal involucrado adquiera una cultura de seguridad.

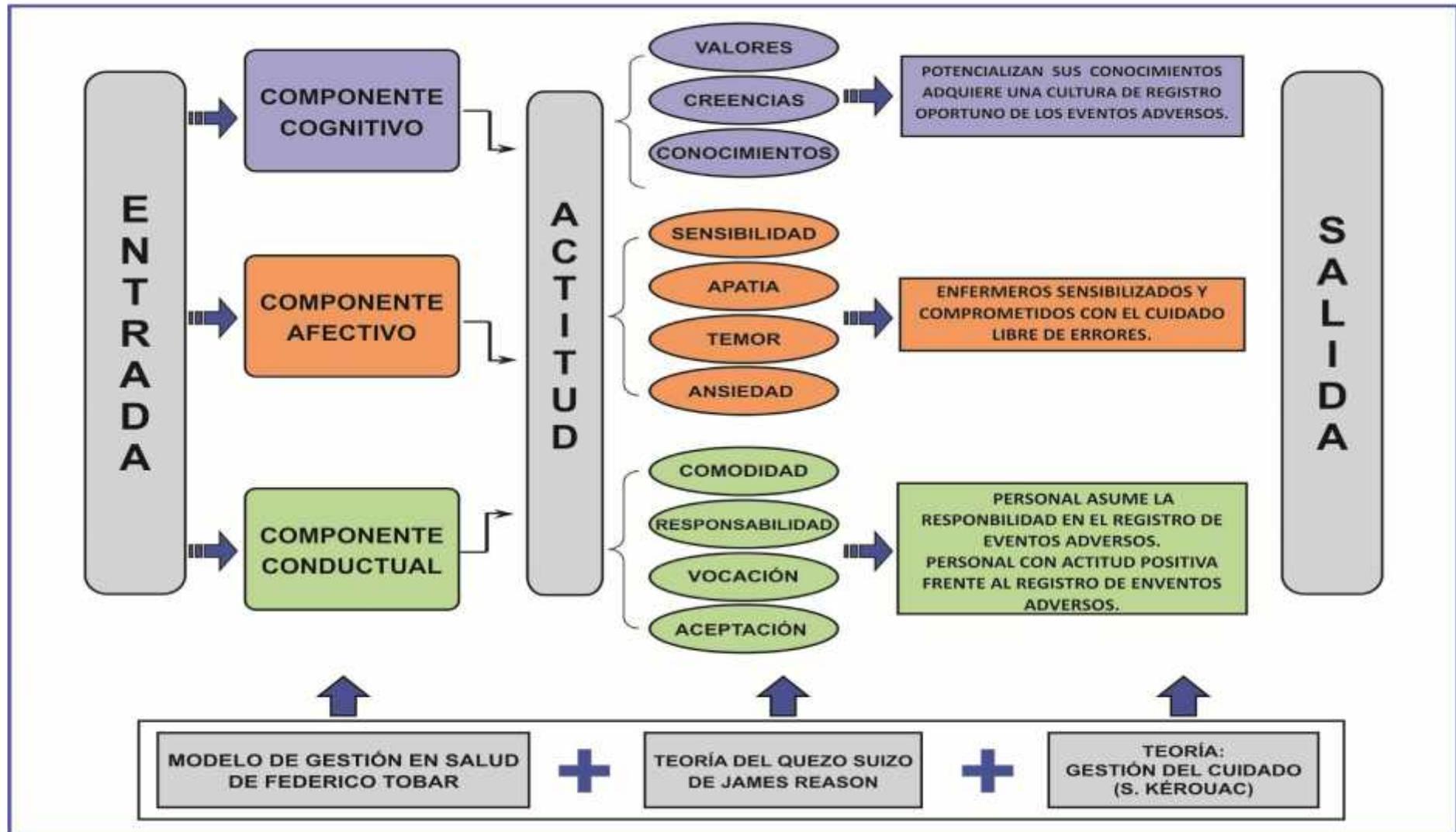
Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas:

a).- La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a la situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.

b).- La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que exista un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

Lo referido anteriormente está estrechamente relacionado con los principios básicos como son no hacer daño a las personas, pero sabemos que cuando se produce un evento adverso asociado a la asistencia sanitaria, este principio no se cumple.

## 7. ESTRUCTURA.



## 8. ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LA PROPUESTA.

| COMPETENCIA  | ESTRATEGIAS  | CONTENIDO   | MATERIALES  | TIEMPO  | FECHA                     |
|--|--|---|---|---------|---------------------------|
| Adquieren habilidades y destrezas en el registro de eventos adversos.  | Comunicación asertiva.   | Sistemas de notificación y registro de eventos adversos y su implicancia en el cuidado de enfermería. | Multimedia<br>Video motivador: "Notifica por tu bien y el de los demás" | 2 horas | 1era semana de septiembre |
| Enfermeros realizan el correcto llenado del registro de EA             |  | Socialización del registro de eventos adversos  | media<br>Copias del registro  | 2 horas | 2da semana de septiembre  |
| Demuestran responsabilidad y Compromiso en el reporte y registro de EA | Revisión del último trimestre de las estadísticas sobre eventos adversos | Socialización de los eventos presentados  | media<br>Registro de estadística  | 3 horas | 4ta semana de septiembre  |

## **9. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.**

La evaluación de la propuesta será realizada por el comité de capacitación del Hospital en estudio y se realizará a través de un post test y de manera más continua a través de la estadística de notificación de eventos adversos.

## **10. REFERENCIAS.**

Germán D y Hernández F. (2012): Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro\\_01.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf)

Gonzales R, Reynaga R y Llontop J. (2012): Actitudes del personal de salud frente a eventos adversos.

Moreno E, Villegas J, Prieto F y Nieto J. (2011) Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. Medicina Intensiva. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912011000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000100002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2010.09.007>

Román A. (2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5329>

Vigilancia de los sistemas de notificación. MINSA. (2011).

## Anexo N° 6: CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA



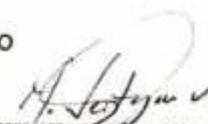
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 01

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>I. NOMBRE</b>  | MARIA MERCEDES SEITUQUE VALDERRAMA                |  |
| <b>PROFESIÓN</b>  | ENFERMERA .                                       |  |
| <b>GRADO ACADEMICO</b>  | DRA. EN CIENCIAS DE LA SALUD                      |  |
| <b>EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>  | 30 AÑOS   |  |
| <b>CARGO</b>  | RESPONSABLE OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. HRL |  |
| <b>TITULO: MODELO DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ACTITUD DE LOS ENFERMEROS EN EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS. ÁREAS CRÍTICAS, HOSPITAL PÚBLICO.</b>                        |   |  |
| <b>EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:</b>  |   |  |
| <b>1. Pertinencia:</b> Entre modelo de gestión y el diagnóstico encontrado en la problemática sobre Actitud(0- 5)   | 5   |  |
| <b>2. Coherencia:</b> Existe secuencia entre los objetivos del modelo de gestión y los contenidos temáticos (0- 5)  | 5   |  |
| <b>3. Congruencia:</b> Entre la propuesta del modelo de gestión y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5) | 5   |  |
| <b>4. Eficiencia:</b> Existe calidad metodológica en la propuesta del Modelo de Gestión. (0- 5)   | 5   |  |
| <b>PROMEDIO OBTENIDO:</b>   | 20  |  |
| <b>5. OBSERVACIONES</b>   |   |  |
| <b>5. SUGERENCIAS</b>   |   |  |

JUEZ- EXPERTO

  
Dra. Maria Seituque Valderrama  
C.E.P. 9990 R.N.E. 627



# ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 02

|   |   |
|---|---|
| <b>I. NOMBRE</b>  | DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO                             |
| <b>PROFESIÓN</b>  | ENFERMERA -DOCENTE                                      |
| <b>GRADO ACADEMICO</b>  | MG. EN DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACION EDUCATIVA |
| <b>EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>  | 28 AÑOS   |
| <b>CARGO</b>  | DOCENTE UNIVERSITARIA E INVESTIGACION EDUCATIVA         |
| <b>TITULO: MODELO DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ACTITUD DE LOS ENFERMEROS EN EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS. ÁREAS CRÍTICAS, HOSPITAL PÚBLICO.</b>                        |   |
| <b>EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:</b>  |   |
| <b>1. Pertinencia:</b> Entre modelo de gestión y el diagnóstico encontrado en la problemática sobre Actitud(0- 5)   | 5   |
| <b>2. Coherencia:</b> Existe secuencia entre los objetivos del modelo de gestión y los contenidos temáticos (0- 5)  | 5   |
| <b>3. Congruencia:</b> Entre la propuesta del modelo de gestión y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5) | 5   |
| <b>4. Eficiencia:</b> Existe calidad metodológica en la propuesta del Modelo de Gestión. (0- 5)   | 5   |
| <b>PROMEDIO OBTENIDO:</b>   | 20  |
| <b>5. OBSERVACIONES</b>   |   |
| <b>5. SUGERENCIAS</b>   |   |

JUEZ- EXPERTO

Mg. Doris Libertad Pais Lescano

JUEZ EXPERTO



# ESCUELA DE POSTGRADO

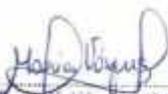
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 03

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>1. NOMBRE</b>  | MARIA VIOLETA VASQUEZ CASTRO |
| <b>PROFESIÓN</b>  | ENFERMERA -DOCENTE           |
| <b>GRADO ACADEMICO</b>  | MG. EN GESTION EDUCATIVA     |
| <b>EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>  | 26 AÑOS                      |
| <b>CARGO</b>  | ENFERMERA GESTORA            |
| <b>TITULO: MODELO DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ACTITUD DE LOS ENFERMEROS EN EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS. ÁREAS CRÍTICAS, HOSPITAL PÚBLICO.</b>                        |                              |
| <b>EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:</b>  |                              |
| <b>1. Pertinencia:</b> Entre modelo de gestión y el diagnóstico encontrado en la problemática sobre Actitud(0- 5)   | 5                            |
| <b>2. Coherencia:</b> Existe secuencia entre los objetivos del modelo de gestión y los contenidos temáticos (0- 5)  | 5                            |
| <b>3. Congruencia:</b> Entre la propuesta del modelo de gestión y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5) | 5                            |
| <b>4. Eficiencia:</b> Existe calidad metodológica en la propuesta del Modelo de Gestión. (0- 5)   | 5                            |
| <b>PROMEDIO OBTENIDO:</b>   | 20                           |
| <b>5. OBSERVACIONES</b>   |                              |
| <b>6. SUGERENCIAS</b>   |                              |

JUEZ- EXPERTO

  
Mg. Maria V. Vasquez Castro  
ENF JEFE CIRCULO DE PEDAGOGIA Y TR. MULTIDIS  
CER 10949  
H.N.A.A.A



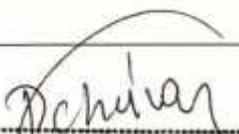
## ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 04

|   |                                      |    |
|---|--------------------------------------|----|
| <b>1. NOMBRE</b>  | PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA     |    |
| <b>PROFESIÓN</b>  | DOCENTE                              |    |
| <b>ESPECIALIDAD</b>   | INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA             |    |
| <b>EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>  | 20 AÑOS                              |    |
| <b>CARGO</b>  | DOCENTE DE INVESTIGACIÓN EN POSGRADO |    |
| <b>TITULO: MODELO DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ACTITUD DE LOS ENFERMEROS EN EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS. ÁREAS CRÍTICAS, HOSPITAL PÚBLICO.</b>                        |                                      |    |
| <b>EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:</b>  |                                      |    |
| <b>1. Pertinencia:</b> Entre modelo de gestión y el diagnóstico encontrado en la problemática sobre Actitud(0- 5)   |                                      | 5  |
| <b>2. Coherencia:</b> Existe secuencia entre los objetivos del modelo de gestión y los contenidos temáticos (0- 5)  |                                      | 5  |
| <b>3. Congruencia:</b> Entre la propuesta del modelo de gestión y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5) |                                      | 5  |
| <b>4. Eficiencia:</b> Existe calidad metodológica en la propuesta del Modelo de Gestión. (0- 5)   |                                      | 5  |
| <b>PROMEDIO OBTENIDO:</b>   |                                      | 20 |
| <b>5. OBSERVACIONES</b>   |                                      |    |
| <b>6. SUGERENCIAS</b>   |                                      |    |

  
Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla  
JUEZ- EXPERTO\*

**Anexo 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | TEORÍAS   | VARIABLES                                 | METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN                       |   |  |  |
|--|--|---|---|---|---|--|--|
|  |  |   |   | TIPO  | DISEÑO  | TÉCNICA  | INSTRUM.   |
| ¿Cómo el Modelo de Gestión contribuye a mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital público. | <p>GENERAL: Proponer un Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas de un Hospital Público.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar la actitud de los enfermeros sobre el registro de eventos adversos, en sus tres componentes.</p> <p>Identificar la actitud global de los enfermeros sobre el registro de eventos adversos.</p> <p>Diseñar un modelo de gestión para mejorar el registro de eventos adversos.</p> <p>Validar, a través de juicio de expertos el modelo de gestión para mejorar el registro de eventos adversos en áreas críticas de Hospital Público. Chiclayo</p> | <p>La presente investigación, tiene sustentento teórico en el Pensamiento enfermero de Suzanne Kérouac, específicamente en la gestión de los cuidados.</p> <p>La propuesta está basada en el Modelo de gestión de la salud de Federico Tobar.</p> | <p>Modelo de Gestión.</p> <p>Actitud.</p> | <p>Cuantitativa, de tipo descriptiva, proyectiva.</p> | <p>Dentro del diseño cuantitativo, de tipo descriptivo. Se realizó el siguiente esquema:</p> <p>M - O - P</p> <p>Dónde:</p> <p>M: Enfermeros</p> <p>O: Actitud</p> <p>P: Modelo de Gestión.</p> | <p>La técnica usada fue una escala para medir actitudes.</p> | <p>El instrumento utilizado fue una escala de Likert</p> |

## Anexo 8: BASE DE DATOS

| <b>Componente Cognitivo</b> |             |
|-----------------------------|-------------|
| Escala                      | Categoría   |
| 5-11                        | Negativo    |
| 12-17                       | Indiferente |
| 18-25                       | Positivo    |

| <b>Componente Conductual</b> |             |
|------------------------------|-------------|
| Escala                       | Categoría   |
| 8-18                         | Negativo    |
| 19-29                        | Indiferente |
| 30-40                        | Positivo    |

| <b>Componente Afectivo</b> |             |
|----------------------------|-------------|
| Escala                     | Categoría   |
| 7-15                       | Negativo    |
| 16-24                      | Indiferente |
| 25-35                      | Positivo    |

| <b>Actitud General</b> |             |
|------------------------|-------------|
| Escala                 | Categoría   |
| 20-46                  | Negativo    |
| 47-73                  | Indiferente |
| 74-100                 | Positivo    |

## CONSTRUCCIÓN DEL BAREMO

| N° | EDAD | SEXO | COMPONENTE COGNITIVO |             |
|----|------|------|----------------------|-------------|
| 5  | 35   | 0    | 6                    | Negativa    |
| 6  | 38   | 0    | 8                    | Negativa    |
| 3  | 38   | 0    | 9                    | Negativa    |
| 19 | 32   | 0    | 9                    | Negativa    |
| 13 | 38   | 0    | 9                    | Negativa    |
| 8  | 34   | 0    | 9                    | Negativa    |
| 4  | 36   | 0    | 10                   | Negativa    |
| 2  | 41   | 0    | 10                   | Negativa    |
| 15 | 34   | 0    | 10                   | Negativa    |
| 1  | 35   | 0    | 10                   | Negativa    |
| 14 | 38   | 0    | 10                   | Negativa    |
| 17 | 34   | 1    | 10                   | Negativa    |
| 18 | 39   | 0    | 11                   | Negativa    |
| 20 | 37   | 1    | 11                   | Negativa    |
| 12 | 31   | 0    | 11                   | Negativa    |
| 9  | 36   | 0    | 12                   | Indiferente |
| 10 | 36   | 0    | 12                   | Indiferente |
| 16 | 48   | 0    | 14                   | Indiferente |
| 11 | 38   | 0    | 14                   | Indiferente |
| 7  | 36   | 0    | 21                   | Positiva    |

| N° | EDAD | SEXO | COMPONENTE CONDUCTUAL |             |
|----|------|------|-----------------------|-------------|
| 6  | 38   | 0    | 13                    | Negativa    |
| 4  | 36   | 0    | 15                    | Negativa    |
| 3  | 38   | 0    | 16                    | Negativa    |
| 2  | 41   | 0    | 19                    | Indiferente |
| 19 | 32   | 0    | 20                    | Indiferente |
| 20 | 37   | 1    | 20                    | Indiferente |
| 5  | 35   | 0    | 21                    | Indiferente |
| 1  | 35   | 0    | 21                    | Indiferente |
| 10 | 36   | 0    | 21                    | Indiferente |
| 16 | 48   | 0    | 21                    | Indiferente |
| 13 | 38   | 0    | 22                    | Indiferente |
| 14 | 38   | 0    | 23                    | Indiferente |
| 18 | 39   | 0    | 23                    | Indiferente |
| 8  | 34   | 0    | 24                    | Indiferente |
| 12 | 31   | 0    | 24                    | Indiferente |
| 17 | 34   | 1    | 27                    | Indiferente |
| 9  | 36   | 0    | 27                    | Indiferente |
| 15 | 34   | 0    | 28                    | Indiferente |
| 11 | 38   | 0    | 28                    | Indiferente |
| 7  | 36   | 0    | 32                    | Positiva    |

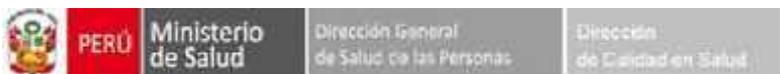
| N° | EDAD | SEXO | COMPONENTE AFECTIVO |             |
|----|------|------|---------------------|-------------|
| 6  | 38   | 0    | 14                  | Negativa    |
| 18 | 39   | 0    | 16                  | Indiferente |
| 15 | 34   | 0    | 16                  | Indiferente |
| 3  | 38   | 0    | 17                  | Indiferente |
| 16 | 48   | 0    | 18                  | Indiferente |
| 9  | 36   | 0    | 18                  | Indiferente |
| 20 | 37   | 1    | 19                  | Indiferente |
| 12 | 31   | 0    | 19                  | Indiferente |
| 8  | 34   | 0    | 20                  | Indiferente |
| 17 | 34   | 1    | 20                  | Indiferente |
| 19 | 32   | 0    | 21                  | Indiferente |
| 13 | 38   | 0    | 21                  | Indiferente |
| 4  | 36   | 0    | 22                  | Indiferente |
| 2  | 41   | 0    | 22                  | Indiferente |
| 1  | 35   | 0    | 23                  | Indiferente |
| 14 | 38   | 0    | 23                  | Indiferente |
| 5  | 35   | 0    | 26                  | Positiva    |
| 10 | 36   | 0    | 27                  | Positiva    |
| 11 | 38   | 0    | 27                  | Positiva    |
| 7  | 36   | 0    | 31                  | Positiva    |

| N° | EDAD | SEXO | ACTITUD GENERAL |             |
|----|------|------|-----------------|-------------|
| 6  | 38   | 0    | 35              | Negativa    |
| 3  | 38   | 0    | 42              | Negativa    |
| 4  | 36   | 0    | 47              | Indiferente |
| 18 | 39   | 0    | 50              | Indiferente |
| 20 | 37   | 1    | 50              | Indiferente |
| 19 | 32   | 0    | 50              | Indiferente |
| 2  | 41   | 0    | 51              | Indiferente |
| 13 | 38   | 0    | 52              | Indiferente |
| 16 | 48   | 0    | 53              | Indiferente |
| 8  | 34   | 0    | 53              | Indiferente |
| 5  | 35   | 0    | 53              | Indiferente |
| 15 | 34   | 0    | 54              | Indiferente |
| 12 | 31   | 0    | 54              | Indiferente |
| 1  | 35   | 0    | 54              | Indiferente |
| 14 | 38   | 0    | 56              | Indiferente |
| 9  | 36   | 0    | 57              | Indiferente |
| 17 | 34   | 1    | 57              | Indiferente |
| 10 | 36   | 0    | 60              | Indiferente |
| 11 | 38   | 0    | 69              | Indiferente |
| 7  | 36   | 0    | 84              | Positiva    |

## ALFA DE CRONBACH

| Estadísticas de total de element  |  |   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|--|---|
| COMPONENTES                       | Media de escala si el elemento se ha suprimido | Varianza de escala si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| C_COGNITIVO_01                    | 51.850   | 80.450  | 0.698                                    | 0.779   |
| C_COGNITIVO_02                    | 52.650   | 85.818  | 0.601                                    | 0.790   |
| C_COGNITIVO_03                    | 52.750   | 83.882  | 0.594                                    | 0.787   |
| C_COGNITIVO_04                    | 52.250   | 91.145  | 0.166                                    | 0.808   |
| C_COGNITIVO_05                    | 49.950   | 89.208  | 0.205                                    | 0.808   |
| C_CONDUCTUAL_06                   | 52.300   | 86.116  | 0.552                                    | 0.791   |
| C_CONDUCTUAL_07                   | 52.800   | 83.432  | 0.633                                    | 0.785   |
| C_CONDUCTUAL_08                   | 50.950   | 93.524  | 0.017                                    | 0.816   |
| C_CONDUCTUAL_09_i                 | 50.550   | 82.892  | 0.364                                    | 0.801   |
| C_CONDUCTUAL_10_i                 | 51.100   | 81.042  | 0.424                                    | 0.796   |
| C_CONDUCTUAL_11                   | 51.850   | 83.292  | 0.610                                    | 0.786   |
| C_CONDUCTUAL_12                   | 49.750   | 91.882  | 0.196                                    | 0.806   |
| C_CONDUCTUAL_13_i                 | 50.850   | 88.661  | 0.252                                    | 0.805   |
| C_AFECTIVO_14                     | 51.050   | 83.839  | 0.447                                    | 0.794   |
| C_AFECTIVO_15_i                   | 50.800   | 89.853  | 0.174                                    | 0.810   |
| C_AFECTIVO_16                     | 50.800   | 94.274  | -0.018                                   | 0.816   |
| C_AFECTIVO_17                     | 51.350   | 80.029  | 0.584                                    | 0.784   |
| C_AFECTIVO_18                     | 50.800   | 91.011  | 0.154                                    | 0.809   |
| C_AFECTIVO_19                     | 51.050   | 84.366  | 0.383                                    | 0.798   |
|                                   |  | 83.632  | 0.639                                    | 0.786   |
| <b>ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD</b> |  |   |  |   |
| ALFA DE CRONBACH                  | N° DE ELEMENTOS                                |   |  |   |
| 0.806                             | 20   |   |  |   |

## Anexo 9: OTROS: FORMATO DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS DEL MINSA.



### FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

I) FECHA DE NOTIFICACION: \_\_\_\_\_

II) SERVICIO: \_\_\_\_\_

III) PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA:

Médico

No medico (Especificar: \_\_\_\_\_)

Personal en formación (Especificar: \_\_\_\_\_)

IV) Según las definiciones escritas, el suceso se trata de un:

**Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

**Evento adverso:** Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos

**De ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de evento adverso es según las consecuencias de este suceso.**

**Leve:** El paciente presenta síntomas leves o las pérdida funcional o el daño que presentan son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.

**Moderado:** Un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

**Grave:** En este evento adverso, el paciente necesita de una intervención como por ejemplo de una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, o se prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

a) **Muerte:** En este caso, el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

Av. Salaverry 801 Jesús María. Lima 11, Perú CT(511) 315-6600 [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe).

**V) DATOS DEL PACIENTE**

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** M ( ) F ( )

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI) DESCRIPCION DEL SUCESO:**

**Fecha del suceso:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Autorización de Publicación de Tesis

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS<br/>EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b> | Código : F08-PP-PR-02.02<br>Versión : 09<br>Fecha : 23-03-2018<br>Página : 1 de 1 |
|---|--|---|

Yo **Lisset Villalobos Cachay**, identificada con **DNI N° 40626084**, egresada de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (  ), No autorizo (  ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas. Hospital Público"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI: 40626084

FECHA: 17 de setiembre del 2018

|         |                            |        |                     |        |                                 |
|---------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------------|
| Elaboró | Dirección de Investigación | Revisó | Responsable del SGC | Aprobó | Vicerrectorado de Investigación |
|---------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------------|



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS  
EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02  
Versión : 09  
Fecha : 23-03-2018  
Página : 1 de 1

Yo **Mavila Guevara Medina**, identificada con **DNI N° 33676294**, egresada de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (  ), No autorizo (  ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Modelo de gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas. Hospital Público"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI: 33676294

FECHA: 17 de setiembre del 2018

|         |                            |        |                     |        |                                 |
|---------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------------|
| Elaboró | Dirección de Investigación | Revisó | Responsable del SGC | Aprobó | Vicerrectorado de Investigación |
|---------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------------|

## Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis



### Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis

Yo, **Patricia del Rocio Chávarry Ysla**, Asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis de las estudiantes: Lisset Villalobos cachay y Mavila Guevara Medina, titulada, Modelo de Gestión para mejorar la actitud de los enfermeros en el registro de eventos adversos. Áreas críticas, Hospital Público. Constató que la misma tiene un índice de similitud de.....17.....% verificable en el reporte de originalidad del programa *turnitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 29 de junio del 2018

Dra Patricia del Rocio Chávarry Ysla

DNI: 16658907