

Artículo original

Cultura de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas

Patient Safety Culture and Adverse Events Reporting in Intensive Care and Emergency Nurses

Genoveva Jesús Burquez Hernández^{1,2*} <https://orcid.org/0000-0002-1016-2375>

Jhon Alex Zeladita Huaman³ <https://orcid.org/0000-0002-5419-5793>

Carlos Guillermo Carcelén Reluz⁴ <https://orcid.org/0000-0001-7645-4955>

Julia Victoria Hurtado Avila¹ <https://orcid.org/0000-0002-6730-3722>

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.

²Hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores, Perú.

³Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento Académico de Enfermería. Lima, Perú.

⁴Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento Académico de Historia. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia: genoveva.burquez@unmsm.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La cultura de seguridad del paciente exige un grado elevado de compromiso por parte de las enfermeras que laboran en áreas críticas, debido a la vulnerabilidad de las personas a las que brindan sus cuidados; sin embargo, existe escasa información sobre su asociación con el reporte de eventos adversos.

Objetivo: Describir la relación existente entre cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas de un hospital público de Lima.

Métodos: Se realizó un estudio correlacional-transeccional. Se encuestó a 115 enfermeras del Hospital María Auxiliadora en Lima, Perú (muestra censal): 44 de la unidad de cuidados intensivos y 71 de emergencia entre setiembre y octubre del año 2022. Se empleó el *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Se utilizó la prueba de Spearman.

Resultados: El 51,59 % reportó una cultura de seguridad neutral-negativa y el 75,65 % calificó el reporte de eventos adversos como aceptable. Se encontró correlación entre la cultura de seguridad del paciente con el reporte de eventos adversos ($r = 0,322$; $p = 0,000$; IC = 95 %).

Conclusiones: Existe correlación directa entre la cultura de seguridad y el reporte de eventos adversos. En los servicios críticos de los hospitales se requiere implementar estrategias para mejorar la cultura de seguridad, lo cual podría promover un adecuado reporte de eventos adversos.

Palabras clave: near miss salud; seguridad del paciente; enfermería de cuidados críticos; enfermería de urgencia; efectos colaterales.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety culture requires a high degree of commitment on the part of nurses working in critical areas, due to the vulnerability of the people to whom they provide care; however, there is scarce information on its association with adverse events reporting.

Objective: To describe the relationship between patient safety culture and adverse event reporting for the cases of intensive care and emergency nurses in a public hospital in Lima.

Methods: A correlational-transectional study was conducted. A survey was carried out on 115 nurses from Hospital María Auxiliadora, in Lima, Peru (census sample): 44 from the intensive care unit and 71 from the emergency department, between September and October 2022. The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) was used, as well as the Spearman's test.

Results: 51.59 % reported a neutral-negative safety culture and 75.65 % rated adverse event reporting as acceptable. Some correlation was found between patient safety culture and adverse event reporting ($r = 0.322$; $p = 0.000$; CI = 95 %).

Conclusions: There is a direct correlation between safety culture and adverse event reporting. In critical hospital services, it is necessary to implement strategies to improve safety culture, which could promote adequate adverse events reporting.

Keywords: near miss; patient safety; critical care nursing; emergency nursing; side effects.

Recibido: 22/05/2023

Aceptado: 26/05/2024

Introducción

Desde hace varios años, la atención segura de la persona se ha convertido en una preocupación mundial, debido a que los daños ocasionados ocupan un lugar muy importante en la lista de causas de morbilidad.⁽¹⁾ Estos resultados no deseados o lesiones no intencionales relacionados con la atención a la salud y estancia hospitalaria son llamados eventos adversos (EA).⁽²⁾ Debido a que dichos eventos resultan nocivos, preocupantes y costosos para los usuarios, las instituciones hospitalarias y la sociedad, en la práctica asistencial deben disminuir o evitarse.⁽³⁾

Conforme con lo expresado por la Organización Panamericana de Salud, cada año se presentan 134 millones de EA como resultado de atenciones hospitalarias poco seguras, se resaltan más en países de bajos y medianos ingresos.⁽⁴⁾ Esta situación provoca 2,6 millones de muertes, el 80 % podrían evitarse; en particular en la atención primaria, en la que cuatro de cada 10 personas enfermas experimentan un EA. En América Latina, la prevalencia de EA en hospitales fue de un 10,50 %; sin embargo, varía según el tipo de servicio.⁽⁴⁾ En Perú, un 10 % de las personas que recurren a hospitales sufren un EA resultante de la atención sanitaria y un 50 % puede ser evitado si el personal de salud realiza un cuidado seguro.⁽⁵⁾ En el Hospital María Auxiliadora, entre los años 2019, 2020 y 2021, la prevalencia de EA fue de 40,10 %, 19,30 % y 27,70 %, respectivamente. Cabe resaltar, en primera instancia, como razones de notificación las condiciones vinculadas a la medicación y la enfermería.⁽⁶⁾ La elevada prevalencia de EA podría presentarse como consecuencia de la interacción de procesos mal diseñados, tecnologías mal utilizadas e interacciones humanas deficientes.⁽⁷⁾

Por ello, es importante que exista un canal fundamental de reporte dado en un sistema de notificación de incidentes y EA al igual que una cultura no punitiva, en el que se involucre no solo a los profesionales de la salud, sino también a los pacientes, de modo que se obtenga información más clara, detallada y completa.⁽⁸⁾

En consideración a lo mencionado, y a que es de vital importancia la identificación oportuna de los problemas relacionados al cuidado de la persona, es imprescindible la participación de los gerentes, directores, líderes, y personal de salud en especial de los profesionales de enfermería.⁽⁸⁾ La gerencia debe tener en cuenta motivar y estimular de forma continua al personal de salud mediante acciones que conlleven a brindar cuidados de calidad seguros y así fortalecer la cultura de seguridad del paciente (CSP).⁽⁹⁾ Este constructo depende mucho del compromiso y de la participación de todos los involucrados, de manera esencial del personal de enfermería, pues son ellos los que brindan el cuidado de manera continua.⁽¹⁰⁾

Por esta razón, a través de su constante presencia, su interrelación con las familias y con el resto de personal sanitario, la enfermera desempeña un rol primordial en la consecución de la seguridad de la persona objeto de cuidado. Supone una oportunidad para identificar fallos, aprende de ellos y adopta medidas reparadoras, basadas en una firme CSP.⁽¹¹⁾ En consecuencia, la seguridad del paciente abarca elementos institucionales, entorno social y elementos individuales que se basan en medios físicos y humanos, puesto que los EA se consideran potenciales consecuencias de la atención a las personas, no asociados con la naturaleza de los padecimientos iniciales, sino a la intervención no intencional inadecuada en el tratamiento o cuidados brindados.⁽¹²⁾

La seguridad del paciente constituye una cuestión imprescindible en el sector de prestación de salud. Se reconoce de forma creciente que el reforzamiento de la CSP dentro de las entidades sanitarias resulta fundamental para afianzar la calidad asistencial y para lograr efectos beneficiosos.⁽¹³⁾ Sin embargo, estudios realizados en Irán⁽¹⁴⁾ y Afganistán⁽¹⁵⁾ reportan que las enfermeras perciben una baja o deficiente CSP; mientras que en estudio realizado en Perú reportó una CSP neutra.⁽¹⁶⁾

Por otra parte, durante la revisión bibliográfica se comprobó que existen escasos estudios que reportan la asociación de la CSP con la notificación de EA. Al respecto, en hospitales de Irán se detectó la asociación entre una menor incidencia de EA y un mayor nivel de CSP percibido por las enfermeras.⁽¹⁴⁾ Asimismo, en un hospital de alta complejidad de Chile se

demonstró la asociación de los EA con la complejidad del cuidado y la CSP.⁽¹⁷⁾ Además, en Perú, en el Hospital de Goyeneche⁽¹⁸⁾ y el Hospital Nivel I de Ferreñafe⁽¹⁹⁾ se demostró la asociación de estos dos fenómenos, aunque con resultados distintos.

Sin embargo, no se han encontrado estudios que analizan la relación entre CSP con Reporte de eventos adversos (REA) en los servicios críticos. Para completar este vacío de conocimiento se propone realizar esta investigación, que pretende analizar la correlación de dichas variables en los servicios que se cuida a personas enfermas con determinado grado de inestabilidad que precisan de una atención avanzada por su condición crítica. Por ello se realizó el presente estudio que tuvo como objetivo describir la relación existente entre cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas de un hospital público de Lima.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo de diseño correlacional durante los meses septiembre y octubre del año 2022, en el Hospital María Auxiliadora, ubicado en el sur de Lima, Perú.

La población estuvo conformada por 120 enfermeras que laboraban en el Servicio de Emergencia (SE) y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la sede del estudio. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, cuya muestra censal fue de 115 enfermeras proporcionadas como dato por medio del departamento de enfermería, 44 de la UCI y 71 del SE. Se incluyeron a quienes estaban laborando en los servicios seleccionados en un período mayor de 6 meses, bajo cualquier modalidad de contrato. Se excluyeron a quienes realizaban solo actividades administrativas y los que se encontraban de licencia o vacaciones.

Para medir la CSP, se empleó el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* validado en población peruana,⁽²⁰⁾ que reporta fiabilidad media de 0,91 para la claridad del lenguaje y 0,89 para la pertinencia cultural, y la concordancia de los expertos para hacer corresponder los ítems con las dimensiones apropiadas fue equivalente ($Kappa = 0,72$). Para evaluar el REA, se empleó el instrumento validado en el estudio de Gordillo y otros⁽²¹⁾ que, según juicio de expertos, cuenta con un coeficiente de V de Aiken de 0,90 y una fiabilidad de 0,70 expresado a través del alfa de Cronbach.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta virtual, para ello se diseñó un formulario virtual en *Google forms* (https://www.google.com/intl/es-419_pe/forms/about/), que fue difundido en las redes sociales (WhatsApp) de los servicios seleccionados. Antes de que los participantes completaran el formulario, se solicitó el consentimiento informado para garantizar la participación voluntaria.

La variable CSP cuenta, en su operacionalización, con 5 dimensiones: resultados de desarrollo de la CSP, trabajo en equipo, comunicación, dirección/gestión y supervisión, con un total de 42 ítems, cuyo valor final está expresado en CSP positiva, neutra y negativa. En cuanto a la variable REA consta de 3 dimensiones: factor laboral, personal y contextual, con 14 ítems, su valor final fue dado como adecuado, aceptable e inadecuado.

Para determinar la correlación de las variables, se plantearon dos hipótesis: hipótesis alterna (H_1): Existe relación entre CSP y REA e hipótesis nula (H_0): No existe relación entre CSP y REA. Se hizo uso de la estadística inferencial mediante la prueba de Rho de Spearman con nivel de significancia $p \leq 0,05$, la información se recopiló en una hoja de cálculo para efectuar la verificación respectiva de valores válidos y ausentes, además de la carga de la base de datos en el programa de procesamiento estadístico IBM SPSS v. 26.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (acta número 0061-2022) y el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital María Auxiliadora (HMA/CIEI/032/2022), se consideró el anonimato de los participantes y se respetaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.⁽²²⁾

Resultados

Participaron 115 enfermeras que prestan servicios en la UCI y el SE del Hospital María Auxiliadora, en su mayoría con edades entre 31 y 40 años (53,04 %). Respecto al sexo, un 23,48 % fueron varones y el 76,52 % mujeres. En cuanto a la experiencia profesional, el 53,04 % tenía entre 6 y 15 años de labor; en relación con el tiempo laboral dentro del HMA, el 69,56 % tenía entre 1 y 15 años. Un 38,26 % ejercía en la UCI y el 61,74 %, en el SE. En cuanto a la denominación de contrato; el 53,91 % fueron Nombrados y un 39,13 % CAS COVID.

Relacionado con estudios de posgrado, el 74,78 % reportó especialización, y respecto a su participación en capacitaciones de CS y REA, el 51,30 % y 49,57 %, respectivamente, fueron capacitados.

En cuanto a la CSP, un 48,41 % reportó nivel positivo; un 28,87 %, nivel negativo y un 22,72 %, nivel neutro. También se obtuvieron otros datos significativos tales como que el 74,78 % de enfermeras expresaron que el personal se apoya de forma recíproca en este servicio/unidad y el 77,39 % se trata con respeto. El 69,56 % piensa que se hacen actividades para mejorar la seguridad del paciente. Por otro lado, un 46,09 % estuvo de acuerdo con que se tiene suficiente personal para afrontar la carga laboral, mientras que el 56,52 % indicó que el personal trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado de las personas y al trabajar a alta presión se intentan realizar demasiadas cosas rápidas. El 53,91 % tenía la sensación de que cuando se reporta un EA se juzga a la persona y no al evento, y el 77,39 % temía que se quede expuesto en su expediente profesional.

Respecto al REA, se evidenció que el 75,65 % era aceptable y un 24,35 %, adecuado. Asimismo, el 80 % consideró que sabe identificar un EA, el 76,52 % indicó que su servicio/unidad cuenta con el formato de reporte de EA, también, el 65,22 % identificó dicho formato y el 53,91 % conocía los pasos para llenarlo. También se encontró que solo un 24,34 % y un 35,65 % del personal refirieron ser capacitados tanto por la oficina de epidemiología, gestión de la calidad y la jefatura de enfermería, respectivamente. Por otra parte se percibió temor (59,13 %) y miedo (55,65 %) al reportar EA.

En correspondencia con los datos descriptivos presentados de las variables CSP y REA, se procedió a establecer la correlación de las variables como se aprecia en la tabla 1. Desde el enfoque de estadística inferencial, se comprobó una significancia menor a 0,05; la correlación resultó significativa ($r = 0,322$, IC = 95 %). Se aceptó la hipótesis alterna, que evidencia que existe correlación directa entre la CSP y el REA en enfermeras intensivistas y emergencistas de un hospital público de Lima.

Tabla 1 - Análisis de correlación entre la cultura de seguridad del paciente con el reporte de eventos adversos

Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	Reporte de eventos adversos
-----------------	-----------------------------------	-----------------------------

Cultura de seguridad del paciente	Coeficiente de correlación	1	,322**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	115	115

** : La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

En este estudio, se pudo comprobar que existe relación entre CSP y REA en enfermeras de la UCI y del SE del Hospital María Auxiliadora. Esto puede ser comparado con otros estudios como el de Bernal⁽¹⁹⁾ y Cruz,⁽¹⁸⁾ quienes también encontraron asociación significativa y directa entre estas variables ($p < 0,05$), aunque los resultados evidenciados no fueron expresados de igual forma; el primero indica que la CSP percibida fue neutral negativa (90 %) y un alto porcentaje de EA no notificados (74 %); mientras que el segundo muestra una CSP fuerte frente a la notificación de EA (75 %) y que los registros de dichos eventos son adecuados (75 %).

Se evidenció también una CSP neutral-negativa y un REA poco adecuado; sin embargo, se resalta que las enfermeras poseen fortalezas y oportunidades de mejora manifestado en el respeto y apoyo mutuo, proponen mejoras para un cuidado seguro, saben cómo identificar y reportar un EA. Por otro lado, se muestran debilidades relacionadas a la dotación del personal, carga laboral, trabajo bajo presión, temor y miedo ante las medidas punitivas considerado como algo que puede dañar su expediente, así como poca frecuencia de capacitaciones recibidas.

Esto es posible contrastarlo con estudios como el de Banderas y otros,⁽²³⁾ quienes denotan la percepción de dimensiones positivas y negativas en el personal médico y de enfermería estudiado. Relacionado con lo positivo, se encontró el respaldo del hospital, el trabajo en grupo, el reporte de eventos y el aprendizaje organizacional. En cuanto a lo negativo, se reflejó en problemas de asignación del personal, falta de escucha e interés del jefe y pérdida de información en los cambios de turno. Concluye que se deben optimizar los procesos y constituir la CSP en un contexto seguro.

Por otro lado, Berry y otros⁽²⁴⁾ expresaron que, a pesar de las correlaciones entre seguridad y clima laboral, esto puede ser mejorado por actitudes seguras; vinculándose con la reducción del daño a las personas y la muerte ajustada por gravedad. En el caso de Sturm y otros,⁽²⁵⁾ se pudo comprobar que extensas horas extraordinarias de trabajo de los profesionales se correlacionaron con las demandas cuantitativas percibidas. A su vez, la dotación de personal es inadecuada, lo cual genera un mal funcionamiento del equipo. Concluyeron que, de acuerdo con la seguridad en el sitio laboral y los problemas de trabajo en equipo son correlacionados con peores medidas de resultado de las personas.

De Lima⁽²⁶⁾ también dejó constancia que, pese a que los EA se derivaban de forma constante dentro del hospital, la recurrencia se debía al no seguimiento por parte de los trabajadores en cuanto a la notificación dentro de los sistemas de reportes, destaca su efecto relacionado con perjuicios en el paciente por negligencia de los profesionales y la falta de controles, así como protocolos específicos para capacitar al personal en cuanto a la importancia del registro de EA, de modo que se pudiese generar un ciclo de mejora continua para fomentar la CSP.

Por su parte, Siliburk y otros⁽²⁷⁾ exploraron los factores asociados al REA, y destacaron causas atribuibles al incumplimiento de este en las enfermeras por falta de planificación e incapacidad para resolución de problemas, incapacidad de trabajar en equipo, inconvenientes relacionados a la comunicación y, en última instancia, violación a protocolos por medio de la autonomía ejercida por parte del personal; concluyen que, para poder generar consciencia sobre la importancia de realizar las notificaciones de los EA suscitados en UCI y SE, se requiere del liderazgo y capacitación constante.

Este estudio puede contribuir a la ciencia de enfermería en cuanto a la concientización del cuidado humanizado de enfermería que se brinda en las UCI y SE; aquí las personas son vulnerables debido a su estado crítico, y si no se posee una CSP fuerte se verán expuestas a daños irreparables. Es crucial que enfermería reconozca con madurez y reporte de manera oportuna los errores en busca de un cuidado de calidad, pues los hallazgos de este estudio sugieren que el tener un sistema de REA exitoso podría fortalecer la CSP.

Respecto a las limitaciones, debido a que el estudio se realizó en unidades críticas de un solo hospital, los resultados no pueden ser generalizables a otros contextos, por lo que se sugiere realizar estudios multicéntricos. A pesar de haber realizado una búsqueda

minuciosa, se identificó una sola escala para medir el REA, que si bien presenta buena fiabilidad, se requiere que sea aplicado en otros servicios para incrementar su validez y confiabilidad.

En conclusión, existe correlación directa entre la cultura de seguridad y el reporte de eventos adversos. En los servicios críticos de los hospitales se requiere implementar estrategias para mejorar la cultura de seguridad, lo cual podría promover un adecuado reporte de eventos adversos.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Ginebra: Suiza. OMS; 2020 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
2. Ministerio de Salud; Dirección General de Aseguramiento e intercambio Prestacional; Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud: Directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN (R.M. N° 163-2020-MINSA). Lima: Ministerio de Salud; 2022 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf>
3. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. J Nurs Care Qual. 2019;34(4):287-94. DOI: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000378>
4. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Ginebra: Suiza. OMS. 2020 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2020>
5. Montero-Varillas KJ. Cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, 2021 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/89085>
6. Ministerio de Salud; Dirección General del Hospital María Auxiliadora. Plan anual de gestión de la calidad y derechos de las personas del Hospital María Auxiliadora. Lima:

- Oficina de Gestión de la Calidad; 2022 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3097052/20816.pdf.pdf?v = 1652454863>
7. Waterson P. Patient safety culture: theory, methods and application. New York: Routledge; 2016.
 8. Rivera-Tejada HS, Paredes-Ayala B, Sánchez-Minchola SE. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*. 2020;7(2):85-92. DOI: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i2.410>
 9. Tello-García M, Pérez-Briones NG, Torres-Fuentes B, Nuncio-Domínguez JL, Pérez-Aguirre DM, Covarrubias Solís IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*. 2023;22(2):111-38. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>
 10. Brás CPDC, Ferreira MMC, Figueiredo MDCAB, Duarte JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31:e3837. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
 11. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):158. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
 12. García CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD, *et al*. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):553–65. DOI: <https://doi.org/10.3390 %2Fmedicina55090553>
 13. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(9):660–77. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
 14. Kakemam E, Gharaee H, Rajabi MR, Nadernejad M, Khakdel Z, Raeissi P, *et al*. Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing*. 2021;20(60):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>
 15. Jabarkhil AQ, Tabatabaee SS, Jamali J, Moghri J. Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in Afghanistan. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:1211-7. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S292193>

16. Membrillo-Pillpe NJ, Zeladita-Huaman JA, Jauregui-Soriano K, Zegarra-Chapoñan R, Franco-Chalco E, Samillan-Yncio G. Asociación entre el entorno de la práctica de enfermería y la percepción de seguridad con la cultura de seguridad del paciente durante el COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(10):e5909. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20105909>
17. Flores-González E, Godoy-Pozo J, Burgos-Grob F, Salas-Quijada CL. Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Cienc enferm*. 2021;27(27). DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aee40027>
18. Cruz-Bustamante LA. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras. Servicio de cuidados intensivos. Hospital Goyeneche Arequipa 2019 [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/134eff0b-2b06-453b-b97c-1742372ad736/content>
19. Bernal-Corrales FC. Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista Científica Curae*. 2020;3(1):43-52. DOI: <https://doi.org/10.26495/curae.v3i1.1383>
20. Palmieri PA, Leyva-Moral JM, Camacho-Rodriguez DE, Granel-Gimenez N, Ford EW, Mathieson KM, et al. Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC Nurs*. 2020;19(23):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00419-9>
21. Franco-Gordillo-de Gonzalez L, Pereda-Gerónimo MY, Salazar-Crispin CE. Factores asociados en el incumplimiento del registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, en los servicios de Adolescentes y Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017 [acceso 01/05/2023]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/827>
22. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth*. 2000;6(2):321-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>

23. Banderas-Ocampo MA, López-Jacinto EA, Pimentel-Roque C, Bojórquez- Sabido GA, Ramírez-Contreras L, Chan-Molina D, *et al.* Cultura de seguridad del paciente en Hospitales Regionales de Alta Especialidad. *Hosp Med Clin Manag.* 2020;13:116-23. DOI: <https://doi.org/10.24875/HMCM.20000004>
24. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, *et al.* Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Saf.* 2020;16(2):130–6. DOI: <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000251>
25. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, *et al.* Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One.* 2019;14(1):e0209487. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487>
26. De Lima-Neto AV, Antunes-da Silva F, De Oliveira-Lima Brito GM, A Nóbrega-Elias TM, Cortez-de Sena BA, Medeiros-de Oliveira R. Analysis of notifications of adverse events in a private hospital. *Enfermería Global.* 2019;18(3):314-43. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>
27. Suliburk JW, Buck QM, Pirko CJ, Massarweh NN, Barshes NR, Singh H, *et al.* Analysis of Human Performance Deficiencies Associated With Surgical Adverse Events. *JAMA Netw Open.* 2019;2(7):e198067. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8067>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Genoveva Jesús Burquez-Hernández

Curación de datos: Genoveva Jesús Burquez-Hernández

Análisis formal: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Julia Victoria Hurtado-Avila.

Adquisición de fondos: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Julia Victoria Hurtado-Avila.

Investigación: Genoveva Jesús Burquez-Hernández.

Metodología: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Jhon Alex Zeladita-Huaman.

Administración del proyecto: Genoveva Jesús Burquez-Hernández

Recursos: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Julia Victoria Hurtado-Avila.

Supervisión: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Jhon Alex Zeladita-Huaman, Carlos Guillermo Carcelén-Reluz.

Validación: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Julia Victoria Hurtado-Avila.

Visualización: Genoveva Jesús Burquez-Hernández y Jhon Alex Zeladita-Huaman.

Redacción – borrador original: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Carlos Guillermo Carcelén-Reluz.

Redacción – revisión y edición: Genoveva Jesús Burquez-Hernández, Jhon Alex Zeladita-Huaman, Carlos Guillermo Carcelén-Reluz.