

# Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca

Nélida Morales-Díaz<sup>1</sup>, Laura Carolina Moreno-García<sup>2</sup>, Lorena Martínez-Delgado<sup>3</sup>

## Resumen

### Objetivo

Determinar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento y la aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un Hospital de segundo nivel en Cundinamarca.

### Metodología

Estudio cuantitativo, cuasi experimental con diseño pretest – postest de grupo único. 40 participantes dentro del personal de Enfermería de los diferentes servicios del Hospital; esta investigación tuvo en cuenta las consideraciones éticas para la Investigación en salud. Se elaboró un pre y pos-test a partir del reporte estadístico de eventos adversos de mayor frecuencia y la intervención educativa, con ello se aplicó una prueba U de Mann-Whitney apareada.

*Como citar este artículo: Morales-Díaz Nélida, Moreno-García Laura Carolina, Martínez-Delgado Lorena. Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(2): 8-25.*

- 1 Estudiante de Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, U.D.C.A. nemorales@udca.edu.co , Orcid, 0000-0002-0658-7848 Bogotá, Colombia
- 2 Estudiante de Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, U.D.C.A, laura.carmoreno@udca.edu.co, Orcid 0000-0003-1685-2761, Bogotá, Colombia
- 3 Enfermera. PHD en Educación. Especialista en docencia Universitaria. Diplomada en Educación para la salud. Docente. Programa de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. lmartínez @ udca.edu.co. Orcid: 0000-0002-4513-1835

## **Resultados**

Con este estudio se puede afirmar que la existencia de EA a nivel asistencial es causada por las acciones inseguras en la atención, ejecutadas por los profesionales de salud en medio del cumplimiento de la alta carga laboral. Con el apareamiento del pre y pos-test no se obtuvieron diferencias significativas, pero se infiere que la implementación de estrategias educativas son un importante soporte en la realización de los diferentes procedimientos para la prevención del evento adverso.

## **Conclusión**

Se afirma que el cuidado de enfermería lleva implícito en su quehacer, la prevención de los eventos adversos, estos deben articularse a su vez con una disponibilidad de recursos Institucionales (humanos, de infraestructura y materiales, entre otros) que fortalezcan la política de seguridad del paciente, disminuyan el riesgo de incidentes y promuevan un cuidado de calidad y una atención segura.

## **Palabras clave**

Administración de la seguridad, gestión de riesgos, cultura organizacional, errores médicos, atención de enfermería.

# Knowledge and application of the patient safety policy by the nursing staff, for the prevention and reporting of medical errors in a second level hospital in Cundinamarca

## Objective

To determine the effect of an educational intervention on the knowledge and application of the patient safety policy by the nursing staff, for the prevention and reporting of medical errors in a second level Hospital in Cundinamarca.

## Methodology

Quantitative, quasi-experimental study with pretest-posttest single group design. 40 participants within the nursing staff of the different services of the Hospital; this research considered the ethical considerations for health research. A pretest and posttest were elaborated based on the statistical report of the most frequent Medical Errors (ME) and the educational intervention, and a paired U Mann-Whitney test was applied.

## Results

With this study it can be affirmed that the existence of ME's at the assistance level is caused by unsafe actions in care, executed by health professionals in the midst of the high workload. With the pairing of the pre- and post-test, no significant differences were obtained, but it can be inferred that the implementation of educational strategies is an important support in the performance of the different procedures for the prevention of ME.

## Conclusion

It is affirmed that nursing care has implicit in their work, the prevention of medical errors, these must be articulated in turn with the availability of institutional resources (human, infrastructure, and materials, among others) that strengthen the patient safety policy, reduce the risk of incidents, and promote quality care and safe care.

## Keywords

Safety Management, Risk Management, Organizational Culture, medical errors, nursing care.

## Introducción

La política de seguridad del paciente se definió mediante Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (1). Esta política de seguridad permite crear estrategias que ayudan a aminorar la ocurrencia del evento adverso (2-4) y contribuye en la implementación de protocolos que salvaguardan la salud de las personas, evitan el riesgo, mitigan las consecuencias de un evento adverso y mejoran la atención y calidad del sistema de salud (5, 6).

El evento adverso (EA) es uno de los principales conceptos que se aborda en la política de seguridad del paciente (7-9). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha definido “como el daño asociado a la atención sanitaria que se deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos” (10). En el 2004 la Organización Mundial de la Salud creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, en esta se incentivó a los países miembros a trabajar en el tema, para evitar eventos adversos prevenibles (11, 12).

Por otro lado, a partir del informe “*To Err is Human: building a Safer Health System*” se examinaron los errores médicos ocurridos

en Estados Unidos y con base en ese informe, se inició un proceso de concientización y sensibilización a nivel mundial frente a la importancia de una atención segura, por el impacto que un error en la atención puede tener en la salud de una persona (13). En Latinoamérica el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) (14) fue el primer proyecto desarrollado en colaboración con la OMS y la OPS para estudiar la prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en 5 países latinoamericanos: México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. En este estudio se evidenció que, en promedio uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre al menos un daño durante su atención.

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) estableció la seguridad como una característica transversal a todos los elementos o componentes del sistema de salud como son: reglamentación, instituciones, procesos, requisitos y mecanismos, entre otros (15).

Ésta se plasmó en 2008 en una Política Pública Nacional que tiene “como objetivo primordial prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar en lo posible la ocurrencia de eventos adversos” (16).

De otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social reafirmó la noción de seguridad del paciente mediante el Decreto 780 de 2016. Esto se hizo por medio del Sistema Único de Habilitación, el cual

establece dentro de los principios de la relación docencia - servicio en el artículo 2.7.1.1.3: “En especial, se debe asegurar que la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes no se afecten negativamente por el desarrollo de las prácticas formativas” (17). Por último, la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el estándar de procesos prioritarios, establece que “el prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de salud y Protección Social” (18).

En consecuencia, esta investigación, busca apoyar las líneas de acción de la política de seguridad del paciente del personal de enfermería que labora en la Institución hospitalaria, en aras fortalecer el quehacer de enfermería, desde los enfoques del cuidado humanizado, la cultura de seguridad y la calidad del cuidado.

Así, mediante un análisis del contexto nacional y regional, consideraciones estadísticas y otros conceptos, la investigación se planteó una investigación cuantitativa de diseño cuasi experimental de grupo único con medición de pre y post-test. Con los resultados se logró determinar el conocimiento del personal de enfermería previo y posterior a la intervención educativa y se espera contribuir a disminuir el número de eventos adversos, para alcanzar la excelencia en el cuidado de enfermería.

El Hospital, asume la política de seguridad del paciente como componente esencial

para el funcionamiento y la garantía de sus estrategias y realiza acciones necesarias para reducir al máximo la ocurrencia de un evento adverso. El Hospital objeto de estudio, es una institución de segundo nivel de complejidad, situada en Cundinamarca y en ella se precisa: Los hospitales, al reconocer y considerar la importancia de esta política, promueven permanentemente una cultura de seguridad dentro del personal que labora en las instituciones.

Cabe recalcar que en el año 2005 el Sistema Único de Acreditación en salud exigió a las instituciones como requisito esencial un sistema de reporte de eventos adversos. Esto llevó a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar el programa de seguridad del paciente.

Posteriormente, el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como las diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias.

Cabe resaltar que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, pero en ocasiones la atención sanitaria puede ocurrir incidentes y eventos adversos que ocasionan daño o lesión a los pacientes, como se evidenció en el informe de IBEAS (14) donde se reportó en cuanto al estado físico del paciente que de cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos:

- 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones),
- 17 quedaron con una incapacidad total,
- 12 con una incapacidad severa y
- 64 con incapacidades leves o sin incapacidad.

Además, de “cada 100 incidentes dañinos, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital” (14).

Bajo estas premisas es importante conocer que tanta apropiación ha realizado el personal de enfermería sobre el conocimiento y la aplicación de la política, con base en lo anterior se propuso esta investigación con el objetivo de determinar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento y la aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un Hospital de segundo nivel en Cundinamarca. Así mismo, para dar cumplimiento a ello, en primera instancia se identificó los eventos adversos reportados con mayor frecuencia en el hospital a partir de los reportes estadístico, en segundo lugar, se analizaron cambios en el nivel de conocimiento sobre política de Seguridad del paciente y reporte del evento adverso, posterior a una intervención educativa, y por último se correlacionó la importancia de la cultura de seguridad y la capacitación

del personal de enfermería respecto a la política de seguridad del paciente para la prevención y reporte del evento adverso en la prestación de servicios en salud y una atención de calidad.

## Metodología

Investigación de diseño cuasi-experimental, de grupo único con medición pretest y postest. Los estudios con diseños cuasi-experimentales son aquellos donde la variable independiente (es decir, la intervención) es manipulada o aplicada, pero no hay una asignación aleatoria o un grupo control. En los cuasi-experimentos es especialmente importante hacer una evaluación antes de la intervención para evaluar si al inicio los sujetos son similares en cuanto a la(s) variable(s) utilizada(s) como resultado del estudio. En este sentido se buscó establecer si existía algún cambio significativo desde el apareamiento de los resultados pre y post. Para tal fin se planteó una hipótesis nula y una hipótesis alterna.

Respecto a la población, el universo quedó representado en el personal de enfermería y la muestra en los 40 participantes de los diferentes servicios del Hospital de segundo nivel en Cundinamarca, con un muestreo no probabilístico y por conveniencia.

En relación con los criterios de selección, correspondió a personal de enfermería (auxiliares y profesionales) vinculados en las diferentes áreas de servicios del hospital, capacitadas en protocolos y políticas Institucionales al momento de

su vinculación con la Institución. Con disponibilidad de participación en todas las fases de investigación propuestas. Se diseñó un pretest y un postest a partir de los principales eventos reportados de mayor ocurrencia en el hospital y los protocolos institucionales ligados a ello, estos son: identificación del paciente, riesgo de caídas, úlceras por presión, flebitis por venopunción y ruta para el reporte del evento adverso.

Las pruebas, fueron diseñados para ser diligenciados por los participantes de forma digital con un rango de preguntas entre 30 y 40; previa firma de consentimiento informado.

Para la evaluación de las diferentes secciones, se le dio utilidad a la escala de Likert de 1 a 5, en donde se le solicitó al participante de manera autónoma calificar su conocimiento y nivel de aplicación frente a los diferentes ítems. Los parámetros se establecieron así: (1) Nunca, (2) Casi nunca, (3) A veces, (4) Casi siempre, (5) siempre. Definidas estas puntuaciones como variables categóricas ordinales.

En cuanto al pretest y postest se estructuró en partes, la primera “identificación del paciente” donde se abordaron temas como: conocimiento del protocolo institucional, semaforización del riesgo, datos de registro en manillas incluyendo casos especiales y momentos de verificación cruzada para comprobar datos del usuario.

En segundo lugar, “Riesgo de caídas”, donde se abordó el conocimiento del protocolo

institucional, aplicación de escala de valoración morse, valoración para descartar lesión y realización del registro oportuno del evento adverso, medidas preventivas al usuario y su familia y vigilancia de factores de riesgo.

Como tercero “úlceras por presión”, se evaluó la utilización de la escala de branden con sus pilares fundamentales para la evaluación del riesgo y prevención, identificación de zonas vulnerables o propensas a la aparición de Úlceras por presión (UPP), cambios de posición, lubricación de la piel, higienización y demás como punto preventivo.

En último lugar, se evaluó el procedimiento de venopunción relacionado con los componentes de técnica aséptica, manejo de guantes, lavado de manos quirúrgico y clínico, selección del sitio de punción y elección del catéter, signos y síntomas asociadas a flebitis que era el componente principal de esta última sección del pre y pos-test.

Es importante mencionar que la ruta para el reporte del evento adverso estuvo inmersa en los ítems finales de cada cuestionario.

La intervención educativa fue realizada por el equipo de investigadoras, en un tiempo aproximado 10 minutos por cada protocolo.

Se emplearon diferentes estrategias como: cartillas, frisos y carteleros y estrategias de refuerzo como video y juegos de correlación. Posterior a esto se realizó la aplicación del postest.

Los datos fueron analizados con en el paquete R versión 4.1.3. (R Core Team, 2022) se realizó una U de Mann Whitney pareada, para variables categóricas ordinales (categorías) y a partir del resultado de las medianas se estableció la diferencia en el antes y en el después.

Cabe mencionar que la presente investigación salvaguardo la integridad los participantes quienes, de manera libre, voluntaria, sin recibir ningún beneficio económico a cambio y con previa firma y aclaración de dudas de un consentimiento informado, fueron participes de este proceso que también contó con la aprobación del comité ético del Hospital de Segundo Nivel de Cundinamarca, quienes adjuntaron la aprobación mediante una carta sellada y firmada, sin código abierto. Por otro lado, siempre se mantuvo presente los principios éticos de privacidad y confidencialidad, por tanto toda la información proporcionada por los participantes será de carácter confidencial bajo las disposiciones de la resolución número 8430 de 1993, que reglamenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; que para este caso se determina como una investigación sin riesgo, se resalta que prevalece el respeto a la dignidad y la protección los derechos y bienestar, se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación, así mismo, se incluyó la declaración de Helsinki en nuestro actuar que establece la protección para las personas participantes y el informe Belmont y los

principios de la Bioética de: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

## Resultados

En cuanto al reporte de los eventos adversos en el año 2020 dentro del Hospital de segundo nivel de atención, se encontraron 2.318 resultados de los cuales el 79 % hace referencia a incidentes, con un 12 % eventos adversos prevenibles, un 0,7% complicaciones y otros reportados con una cifra de 9%.

Se ha de tener en cuenta la noción de Incidente relacionado con la seguridad del paciente, el cual se define como un evento o suceso que ocurre en el proceso de atención clínica al paciente, el cual no conlleva directamente a un daño en su salud, pero “sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, impacta a la persona y prolonga su estancia hospitalaria” (19).

En cuanto a los servicios de mayor ocurrencia de eventos se encuentra que las “acciones inseguras” para el año 2020 se determinaron en una totalidad de 2.672, en donde el 34% se presentó en laboratorios, 27 % en salas de cirugía y el 9 % en urgencias.

Si se tienen en cuenta estos dos resultados, se podría decir que existe una relación en los datos reportados frente al inicio del COVID-19 y el reporte del evento adverso. A su vez, si se observa el área, los mayores porcentajes obtenidos se encuentran en laboratorios y salas de cirugía.

Por otra parte, la estadística también mostró que los eventos adversos más frecuentes fueron: infecciones 66%, úlceras por presión 10 %, flebitis química 9%, caída con daño 5 %, en un mismo porcentaje con la flebitis mecánica.

Estos resultados guardan una similitud con la literatura y los datos reportados en cuanto a porcentajes y eventos, mencionados en investigaciones anteriores internacionales, en cuanto a la ocurrencia, reporte de incidentes y eventos adversos.

### Resultados pre y pos - test.

En cuanto a los resultados obtenidos en el pre y pos-test, posterior a intervención educativa se evidenció lo siguiente:

Se realizó un apareamiento de los datos, inicialmente por cada individuo en el pre y post test. Se realizó una U de Mann Whitney pareada, por cuanto los datos obtenidos en la escala de Likert no fueron manejados como numéricos sino como categorías.

Todos los análisis se realizaron consideraron el 5% de error y el 95% de confianza.  $\alpha = 0.05$

A través de los datos estadísticos recolectados, se logró determinar que no hay significancia estadística en ninguno de los componentes comparados del antes y después valorados en las pruebas.

**Tabla 1:** Síntesis resultados pretest y postest.

| Variable                                | Valor p         |
|---|-----------------|
| Identificación del paciente             | P-valor: 0.2787 |
| Riesgo de caída                         | P-valor: 0.2787 |
| Úlceras por presión (UPP)               | P-valor: 0.9913 |
| Flebitis asociada a venopunción         | P-valor: 0.695  |
| Ruta para el reporte del evento adverso | P-valor: 0.8889 |

Fuente: Elaborado por autoras

Lo anterior significa que existen otros factores que inciden en la ocurrencia del evento adverso y que por inferencia de los investigadores, pudo estar relacionado con la pandemia y los efectos que tuvo en el personal de enfermería frente a la atención y el cuidado de pacientes sospechosos o diagnosticados con COVID19; que significó para muchos aumento en las jornadas laborales, adaptarse a una situación nueva que implicaba el manejo de nuevos protocolos y rutas de atención hospitalarias, de atención, la carga laboral del personal, sobre todo aquellos que fueron asignados en áreas de atención a pacientes Covid, como fueron urgencias, salas de cirugía y cuidados intensivos.

Al realizar el análisis por áreas del hospital se evidencia que existen áreas donde dada la naturaleza de la población que se atiende, el tiempo de estadía (giro cama hospitalario

como indicador de estancia), y la facilidad en que puede darse la movilidad del paciente como por ejemplo en el servicio de Ginecobstetricia, no generan riesgo de UPP, entonces la aplicación del protocolo y la escala de Braden es reducida o prácticamente nula, ya que su estadía es transitoria, y a las mujeres que se encuentran en puerperio, se les suele incentivar movilidad. Algo similar ocurre con el área de salas de parto.

En el Servicio de observación de urgencias se fomenta el cambio de posición en los pacientes mediante el uso de sabanas de movimiento, emplean masajes en camilla para la prevención de la ocurrencia del evento y el bienestar de los pacientes, lo que se puede decir, se constituye en un indicador importante para el Hospital de la calidad del personal de enfermería en la prevención de UPP.

Con relación al protocolo de identificación del paciente, todos los pacientes que ingresan a la Institución Hospitalaria deben identificarse como los indica el protocolo, y realizarles verificación cruzada para su seguridad. No obstante, con la pandemia, el ingreso de los pacientes saturó algunos servicios y se infiere que esta situación pudo incidir en la verificación cruzada del paciente o en el registro completo de datos, dadas las condiciones de salud de los pacientes ingresados.

De igual forma, todos los pacientes, independiente del servicio, ingresan con la valoración de riesgo de caída a partir de la semaforización de los riesgos, evidenciado

en la manilla y tablero de identificación de pacientes.

En cuanto al evento adverso de flebitis, a través de los servicios se identifica que es uno de los eventos que se previenen a través de vigilancia, sin embargo, han existido ocasiones que ocurren a causa de los insumos que se suministran a los servicios, y se informa a epidemiología sobre los eventos ocurridos. Por otra parte, es uno de los eventos que se vigila porque sus consecuencias pueden incurrir en afecciones graves a la salud, por ello se solicita a los servicios el uso de Tegaderm, el cual permite realizar inspección visual de qué tipo de evolución tiene la venopunción y la aparición de flebitis.

## **Discusión**

El cuidado directo, como eje de la práctica de enfermería y en la mayoría de los casos, indicador de la calidad del cuidado brindado y la seguridad del paciente (20-23); puede verse afectado con las múltiples actividades que en ocasiones realiza el personal de enfermería que dificultan el tiempo de dedicación directa al paciente y se convierten en un riesgo para la ocurrencia de eventos, como los reportados en las estadísticas del Hospital objeto de esta investigación, así como los reportados en estudios ya realizados, en los que sobresalen: úlceras por presión (UPP), flebitis, caídas, incumplimiento de indicaciones médicas, incorrecta técnica aséptica, retiro de vía periférica sin previa valoración de deshidratación existente,

salida de dren por incorrecta técnica de fijación, flebitis y retrasos (24). Otros componentes desde los datos disponibles, de diversos estudios desarrollados en la Unión Europea, muestran que “entre el 8 y el 12% de los pacientes hospitalizados presentan un EA asociado a la atención sanitaria” (25), existiendo relevancia como problemas desencadenantes, la comunicación y problemas de medicación con una variabilidad de prevalencia de reporte de EA a nivel asistencial, 24,1% en urgencias 47,8% en Atención primaria y 37,4% en hospitales (25).

Con el presente estudio, se puede afirmar la presencia de eventos adversos está ligado al nivel asistencial debido a las acciones inseguras en la atención de salud, existiendo un mayor reporte en el hospital de Cundinamarca en áreas como: laboratorios 34%, salas de cirugía 27% y urgencias con un 9% contando con la presencia del inicio de una pandemia por COVID19, en cuanto se destaca que los profesionales de enfermería enfrentaron una pandemia que coloco en juego su saber pero también sus emociones, actitudes, conocimientos y prácticas, para enfrentar una situación nueva para todos y con un riesgo alto de contagio en las labores de cuidado.

En México en el estudio R.A. Zárate-Grajales, R.A. Salcedo-Álvarez et al. (26), los EA relacionados con el cuidado de enfermería son la medicación y la vía aérea por acto de omisión en las labores de cuidado, poca adherencia a los protocolos, pero sin dejar de lado una realidad

inminente que es la sobre carga excesiva de trabajo, la disponibilidad de personal a nivel de América.

Los Eventos Adversos más enunciados y encontrados en este estudio (flebitis, úlceras por presión y caídas ) son acordes a un estudio realizado en Colombia en el año 2012 por Parra et al y un estudio en Brasil para el año 2020 por Moreno-Monsivais et al. (27), donde reportan estos mismos EA y están relacionados con el cuidado de enfermería, se evidencia un reporte de eventos adversos denominado “cuidados perdidos de enfermería” asociados a la deambulación y los cambios de posición del paciente por ende las caídas y las úlceras presión por la omisión o la existencia de un retraso en los cuidados, ligados a esa demanda laboral que desencadena la multiplicidad de actividades otros estudios enuncian que las enfermeras pasan el 35% de su tiempo en la atención directa al paciente y el resto en actividades administrativas y de organización del servicio, se hace un reconocimiento en que la demanda de estas actividades desplazan otras que impiden brindar un cuidado de calidad e integral ya que el acto de cuidar se está limitando solo a seguir prescripciones médicas y se dejan de lado la realización de una valoración y los otros cuidados, por ello se les denomina “cuidados perdidos de enfermería”, debido a que la monotonía no permite la identificación del factor a nivel social, fisiológico, mental entre otros que desequilibra el bienestar del paciente, “tal es el caso del incremento en las úlceras por presión, las infecciones asociadas a los cuidados, las caídas, la neumonía asociada a

la ventilación mecánica u otras infecciones relacionadas con la atención sanitaria.” (26) aumentando así la estancia hospitalaria, incrementando las tasas de mortalidad, eventos adversos y los reingresos, entre otras situaciones, que no dan buenos estándares de la calidad de atención prestada.

Así, los resultados de este estudio son coincidentes con los reportados en la literatura nacional e internacional, donde se muestra que dentro de los principales eventos adversos ocurridos y relacionados con el cuidado de enfermería se encuentran: flebitis, úlceras por presión y caídas (1, 21, 28-29); lo que logra evidenciar un acercamiento a la realidad sobre las problemáticas relacionadas con las prácticas de enfermería en cuanto a los eventos adversos y su reporte; que parte muchas veces desde la identificación del paciente cuando ingresa a la Institución Prestadora de Salud.

La correcta identificación del paciente es el pilar en cada servicio hospitalario, lo que evita errores prevenibles en la atención brindada. Por esta razón la Organización Mundial de la Salud incluye la identificación del paciente dentro de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con el propósito de reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo (24, 29).

De otro lado, las úlceras por presión a lo largo de la historia han sido uno de los eventos adversos más reportados van de

la mano con el surgimiento de seguridad del paciente (30-31), incluso la OMS hace alusión a que las úlceras por presión son de los más reportados a nivel mundial, lo que coincide con el presente estudio, en tanto constituyen en un gran problema de salud porque no solo afectan la salud del paciente, sino que deterioran la calidad de vida misma y la de sus familias, incrementan los costos y recursos en salud (32). En la actualidad la presencia de estas úlceras tiene un componente legal para el equipo de salud ya que está directamente relacionado con el cuidado de la salud durante la estancia hospitalaria.

En este estudio se determinó que no hubo significancia estadística en ninguno de los componentes comparados entre pre y post-test, en cuanto al conocimiento de la política de seguridad del paciente posterior a intervención educativa, pero sí se hizo evidente que los eventos adversos son prevenibles y que, si bien es importante la claridad, dominio del conocimiento de los protocolos de atención y de la ruta de reporte cuando ocurre un evento adverso. En ello inciden también factores relacionados con las condiciones laborales y personales del equipo de salud como es el caso de turnos largos, cansancio, ansiedad ante situaciones inciertas, como fue el caso de la pandemia y la misma naturaleza humana (33).

Durante la pandemia, muchas Instituciones debido al alto de número de pacientes se vieron en la necesidad de aumentar las jornadas laborales y de realizar reubicación del personal en aquellos servicios de alta

demanda, lo que llevo a una reducción de personal en algunas áreas, constituyéndose para algunos empleados en la causa de su agotamiento físico y mental.

En general los resultados muestran que los participantes en este estudio tienen conocimiento de los protocolos institucionales para ejercer la práctica del cuidado en cada servicio, con más dominio en unos que otros, dependiendo de su experiencia y el rol desempeñado en su área.

Adicionalmente, realizar esta práctica con una visión global en cuanto al manejo clínico del hospital; en el diario a vivir y en la búsqueda de cumplir con todo lo acordado del día, hay pequeñas cosas que pasan por alto a la hora de aplicabilidad no porque no exista un conocimiento, sino por la demanda de actividades mecánicas pendientes que se vuelven tan innatas de la labor y que hacen que se deje de lado el componente analítico ante la realización de una intervención técnica, a causa de la misma demanda laboral que se realiza bajo el acto de buena fe y la igualdad de atención para favorecer el bienestar del paciente.

El reporte del evento adverso es realizado por medio de la Historia Clínica, y por parte de los profesionales, se le brinda la atención, se evalúan los daños causados y no se le niega la ocurrencia al paciente pero si es importante continuar realizando estudios científicos que permitan determinar no solo la frecuencia de EA, sino ir más allá, que también se busquen los factores relacionados con su aparición, a fin de direccionar las acciones

hacia una disminución de la incidencia y de las discapacidades, afectaciones como resultados de la presencia de un evento adverso duran un proceso de recuperación de la salud.

## **Conclusión**

El conocimiento de la política de seguridad del paciente y del proceso de reporte del evento adverso disminuye la posibilidad de colocar en riesgo al paciente, por cuanto se realizan acciones seguras que favorecen la calidad del cuidado de enfermería brindado.

Se evidenció a partir de los hallazgos estadísticos reportados por la Institución, que son coincidentes con los reportados en la literatura nacional e internacional y que dentro de los principales eventos adversos prevenibles de mayor prevalencia se encuentran: identificación del paciente, riesgo de caídas, úlceras por presión (UPP), flebitis; los cuales fueron evaluados a partir del pre y pos-test y abordados en las intervenciones educativas, así como la ruta para el reporte del evento adverso.

También, se logró identificar que el cuidado de enfermería lleva implícito en su quehacer, la prevención de los eventos adversos, pero estos deben articularse a su vez con una disponibilidad de recursos Institucionales (humanos, de infraestructura y materiales, entre otros) que fortalezcan la política de seguridad del paciente, disminuyan el riesgo de incidentes y promuevan un cuidado de calidad y una atención segura.

El uso de estrategias de socialización conocimiento como las plataformas educativas Institucionales, en este caso relacionadas con la política de seguridad del paciente deben estar constantemente actualizadas y disponibles para personal sanitario, ya que se consolidan en una herramienta de consulta para el personal que labora en el Hospital, lo que disminuye la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, al tener una fuente confiable y disponible de conocimiento. Por lo anterior, la generación de las herramientas adecuadas, contribuyen con el cumplimiento de los indicadores de gestión de la calidad relacionados con la política de seguridad Institucional y la cultura de seguridad en el equipo sanitario.

En los resultados se pudo observar la apropiación del personal de enfermería del Hospital frente al conocimiento y la aplicación de la política de seguridad y

reporte del evento adverso, lo que resalta el fomento de una práctica segura y de reporte oportuno del evento adverso, siempre en pro de salvaguardar una atención eficaz, garante, de calidad y efectiva.

Por último, es de consideración, generar planes de mejora en aquellos factores identificados que rodean o inciden en la aparición del evento adverso y que no se encuentran relacionados con una falta de conocimiento, como se observa en los resultados obtenidos estadísticamente en esta investigación, pero que se presentan inherentes a lo que implica la complejidad de la atención de los pacientes, específicamente lo acontecido durante la pandemia, fecha en que tuvo lugar esta investigación.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet]. 2008. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en:[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
2. Jaimes Valencia ML, Alvarado Alvarado AL, Mejía Arciniegas CN, López Galán AV, Mancilla Jiménez VA, Padilla García CI. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];12(1):1–16.
3. Ribeiro R, Silva Servo ML, Machado da Silva Filho A. Perfil Da Cultura De Segurança Do Paciente Em Um Hospital Público. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];12(3):504–11.
4. Hernández PM, Ordoñez LT, Guerrero JA. Evento adverso y seguridad del paciente en fisioterapia. *Ecimed* [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2022]; 40(4):1-20.
5. Nespereira García P, Cabadas Avión R, Leal Ruiloba MS, Rodríguez Pérez J, Broullón Dobarro A, Rivero García A. Retrospective study of security in the transfer of critical patients after application of methodology for risk management. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];67(3):119–29.
6. Luque Mellado FJ, Martos Molines FJ, Lebrero Villa Y. Sistema integral de gestión de incidencias en atención primaria: más allá de la seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2022];32(6):335–41.
7. Klatte R, Strauss B, Flückiger C, Färber F, Rosendahl J. Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review. *Psychotherapy* [Internet]. 2022 [citado 29 de marzo de 2022].
8. Lima da Silva P, de Oliveira Gouveia MT, de Brito Magalhães RL, de Sousa Borges BV, Cardoso Rocha R, Melo Guimarães TM. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];19(4):427–38.

9. Vega-Ramírez FA, Giménez Salazar J, López-Liria R. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Psychology, Society & Education* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];12(2):49–60.
10. World Health Organization. Marco Conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. [Informe técnico]. 2009. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
11. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2022];17(13).
12. Lin Y-K, Fang X. First, Do No Harm: Predictive Analytics to Reduce In-Hospital Adverse Events. *Journal of Management Information Systems* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];38(4):1122–49.
13. Portela M, Bugarín R, Rodríguez MS, Alonso A. Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. *Revista Bioética*. [Internet]. 2018. [citado 15 de febrero de 2022].
14. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. [Internet]. 2010. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
15. Gallego, P, Mantilla LA, Tapias S. Implementación de una herramienta de auditoria para realizar un diagnóstico de la seguridad del paciente en el servicio de consulta externa capitados de la IPS Foscal sede Floridablanca. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina [Internet]. 2013. [citado 21 de marzo de 2022].
16. Parra D.I., Camargo-Figuera F.A., Rey Gómez R.. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 [citado 29 de marzo de 2022] ; 11( 28 ): 159-169. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es)
17. República de Colombia. Presidencia de Colombia. Decreto 2376 de 2010, julio 1, Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Bogotá. [citado 29 de marzo de 2022].

2022]. Disponible en: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=76013](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=76013)

18. Universidad Católica de Colombia, Sala de gobierno. Acuerdo No. 017 de 2020. Por el cual se aprueba la Política de Seguridad del Paciente, denominada en la Universidad Católica de Colombia “Atención con Consciencia Segura.” [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ucatolica.edu.co/portal/wp-content/uploads/adjuntos/acuerdos/sala-de-gobierno-017-20.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Boletín 03 de Conamed – OPS. Los eventos adversos y la seguridad del paciente. [Internet]. 2015. [citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf)
20. Jinete Acendra J, Barraza Ospino D, Morales Aguilar R, Pardo Vásquez A, Siado Figueroa M, González-Torres HJ. Evaluación de los factores asociados a la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];40(9):921–6.
21. Astier MP, Olivera G. El reto de sostener cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. Revista An. Sist. Sanit. [Internet]. 2017. [citado 22 de febrero de 2022].
22. Cruz JW, Veloza MC. La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de enfermería. Revista Investigaciones Andina. [Internet]. 2019. [citado 22 de febrero de 2022]: 39 (40); 9-2
23. Lopes M, D’Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. Revista Enfermería Global [Internet]. 2017. [citado 15 de febrero de 2022]; (47):605-621.
24. Parra P CV, López R JS, Bejarano A CH, Puerto G AH, Galeano G ML. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2017 May 10;35(2):284–92. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/22602>
25. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo Á. Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability. Atención Primaria. 2018 Oct 1;50(8):486–92.

26. Zárata-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*. 2017 Oct;14(4):277–85.
27. Scopus preview - Scopus - Document details - Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados [Internet]. [cited 2022 Jun 8]. Available from: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85071616923&origin=inward&featureToggles=FEATURE\\_NEW\\_DOC\\_DETAILS\\_EXPORT:1](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85071616923&origin=inward&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1)
28. Camacho-Rodríguez D. Medición De La Cultura De Seguridad Del Paciente en Profesionales De Salud De Atención Primaria. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2020 Jan [citado 29 de marzo de 2022];25(1):141–53.
29. Ayuso-Murillo D, de Andrés-Gimeno B, Noriega-Matanza C, López-Suárez RJ, Herrera-Peco I. Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermeria Clinica* [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2022];27(4):251–5.
30. Kanjilal D, Mahmud F, Sutkin G. Constructivist Grounded Theory to Establish the Relationship Between Technical Error and Adverse Patient Outcome: Modeling Technical Error and Adverse Outcomes. *The American surgeon* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2022];87(5):753–9
31. Furlan MS, Lima AFC. Evaluation of phlebitis adverse event occurrence in patients of a Clinical Inpatient Unit. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2021; [citado 15 de febrero de 2022]; (55); 1-8.
32. Torra-Bou Joan Enric, Verdú-Soriano José, Sarabia-Lavin Raquel, Paras-Bravo Paula, Soldevilla-Ágreda J. Javier, García-Fernández Francisco P. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado 29 de marzo de 2022]; 27(4): 161-167. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000400007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007&lng=es)
33. Sarmiento EX. Condiciones laborales y salud mental: retos de la COVID-19 para los trabajadores sanitarios de atención primaria en salud en Boyacá en el año 2020. Tunja: Universidad del Bosque. Facultad de Medicina. Maestría en Salud Pública [Internet]. 2021. [citado 30 de marzo de 2022] Disponible en [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6802/Sarmiento\\_Gonz%C3%A1lez\\_Erika\\_Ximena\\_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6802/Sarmiento_Gonz%C3%A1lez_Erika_Ximena_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y)