

Cultura de seguridad de los pacientes desde la percepción de los profesionales de enfermería: una necesaria deliberación

Patient safety culture from the perception of nursing professionals:

A necessary deliberation

Germán Rojas Loyola¹

RESUMEN

La seguridad del paciente (SP) es una preocupación creciente y un reto en todos los sistemas de salud. Los profesionales de enfermería (PE) desempeñan un papel crucial. **Objetivo:** valorar la cultura de SP desde la percepción de PE de la Red de Atención Hospitalaria (RAH) del Estado Nueva Esparta, Venezuela. **Metodología:** estudio descriptivo, de campo, transeccional, con muestreo intencional e implementación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes modificado, a una población 170 PE de los Servicios/Unidades (S/U): medicina interna, pediatría, obstetricia, cirugía y traumatología durante febrero 2022 y su posterior análisis descriptivo. **Resultados:** Se identificaron factores contribuyentes de incidentes de seguridad (IS): falta de personal, entorno de culpa y ocultamiento, procesos lentos con una actitud reactiva ante los eventos adversos (EA) y problemas para la

formación de PE en SP; coordinación ineficiente, pérdida de información e inexistencia de una cultura de seguridad basada en prevención e investigación de EA. Los PE señalaron alta carga y presión en el trabajo, el temor de una respuesta punitiva, percepción de falta de apoyo institucional; inconsistencias en el aprendizaje a partir del IS y en la relación enfermero-paciente. Se identificaron los valores del respeto, ayuda en el trabajo, no discriminación, una percepción de seguridad en su S/U basada en sus competencias y en una comunicación con libertad; todos estos procesos requieren oportunidades de mejora. EA conocidos por PE: error diagnóstico, infecciones asociadas al cuidado de la salud, error de medicación, abandono del paciente en el turno, procedimientos quirúrgicos, inyección y transfusión poco seguras.

Palabras clave: Seguridad del paciente, bioética, enfermería, eventos adversos

SUMMARY

Patient safety (SP) is a growing concern and challenge in all health systems. Nurse practitioners (PE) play a crucial role. **Objective:** To assess the culture of SP from the perception of PE of the Hospital Care

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.2.21>

ORCID: 0000-0003-2681-7871

¹Especialista en Pediatría y Puericultura. Magister Scientiarum en Bioética. Profesor asistente de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, Núcleo Nueva Esparta. Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Miembro de Número del Centro Nacional de Bioética (CENABI). Miembro de la Sociedad Venezolana de Salud Pública (SVSP). Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina (ANM).

Recibido: 13 de marzo 2022
Aceptado: 17 de mayo 2022

Autor Correspondencia: Germán Rojas Loyola
Calle Concepción Qta. Doña Clara. La Asunción. Municipio Arismendi. Edo. Nueva Esparta. Código postal: 6311. Venezuela. Cel: 0416-6950763, E-mail: grojasloyola@gmail.com

Network (RAH) of Nueva Esparta State, Venezuela. Methodology: descriptive, field, cross-sectional study, with intentional sampling and implementation of the modified Patient Safety Questionnaire, to a population of 170 PE of the Services/Units (S/U): internal medicine, pediatrics, obstetrics, surgery, and traumatology during February 2022 and its subsequent descriptive analysis. Results: contributing factors of security incidents (IS) were identified: lack of personnel, an environment of blame and concealment, slow processes with a reactive attitude towards adverse events (EA), and problems for the formation of PE in SP; inefficient coordination, loss of information and lack of a safety culture based on prevention and investigation of EA. The PE indicated high workload and pressure at work, fear of a punitive response, perception of lack of institutional support; inconsistencies in learning from the IS and in the nurse-patient relationship. The values of respect, help at work, non-discrimination, perception of security in their S/U based on their skills, and free communication were identified; All of these processes require opportunities for improvement. EA is known to PE: diagnostic error, healthcare-associated infections, medication error, patient abandonment on shift, surgical procedures, unsafe injection, and transfusion.

Keywords: *Patient safety, bioethics, nursing, adverse events*

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto en todos los sistemas de salud. La *seguridad del paciente* (SP) se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias (1). La cultura de un determinado hospital, servicio o centro de salud, es el modo en que se sienten y se hacen *las cosas* en el mismo. La cultura de seguridad es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad asistencial (2). Los profesionales de enfermería (PE) desempeñan un papel crucial en la promoción de la SP por presentarse de forma más constante y directa en el cuidado al paciente; si este cuidado no se realiza

con calidad puede generar errores y poner en peligro la seguridad del cuidado (3). A pesar de que somos más conscientes de esto, los pacientes aún experimentan daños evitables durante sus hospitalizaciones o atenciones de salud, por lo que la SP sigue siendo un importante problema de salud pública (4).

Incidente de seguridad (IS) es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente (1). Un *evento adverso* (EA) es el daño no intencionado derivado de la atención sanitaria que se relacionan con los recursos humanos o los factores del sistema (error latente) (1,5). Un IS pudiera no producir daño (evento sin daño) o producir la muerte, lesiones físicas o psicológicas graves (evento centinela) (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) ha señalado que los EA debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo, que 2/3 se producen en países de ingresos bajos y medios, que 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria y que hasta el 80 % de los daños se pueden prevenir (6). Cabrera (2021), señala que dentro de la tipología de EA, los errores de medicación (EM) en los diferentes servicios hospitalarios relacionados con la profesión enfermera son los más frecuentes, específicamente en la fase de administración y preparación de los medicamentos. La mayoría de los EM ocurren diariamente en los sistemas hospitalarios sin generar daño al paciente, pero otros pueden ocasionar daño, inclusive provocar la muerte (7,8). El EM puede estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización; así mismo, se pueden presentar en todas las fases del proceso de medicación, como la prescripción, transcripción, preparación, dispensación, administración, monitoreo, almacenamiento y selección (8). Zárate-Grajales y col. (2017) en una investigación multicéntrica en México, reportaron que los tres EA más frecuentes estuvieron relacionados con el cuidado, EM y acceso vascular. De los relacionados con el cuidado se

identificaron: caída accidental, úlcera por presión (UPP), no aplicación de cuidados pautados, entre otros. Los EM se reportaron (orden decreciente) en la fase de administración, transcripción, prescripción, preparación y dispensación (5). González (2018), en un hospital de Ecuador, reporta 30,5 % de EA en pacientes internados, con mayor prevalencia en mujeres y personas mayores de 60 años. Se identificó en orden de frecuencia: flebitis en puntos de venoclisis, caídas del paciente, UPP y EM (retraso administración) (9). Otra categoría de EA se refiere a los errores de diagnóstico (ED), que se define como la falla para: establecer una explicación precisa y a tiempo del problema o problemas de salud del paciente o comunicar esa explicación al paciente. Algunos autores consideran dentro de ED tres categorías: diagnóstico perdido o ausente, diagnóstico equivocado y diagnóstico retardado (más común); aunque la mayor parte de ED son una combinación de los anteriores. La OMS ha señalado el diagnóstico retardado de septicemia y tromboembolias en pacientes hospitalizados. La mayoría de ED ocurren por fallas en los sistemas de salud y no solo por fallas cognitivas de los individuos, se debe advertir y enseñar sobre este tema, haciendo énfasis en no acusar a personas sino más bien analizar causas para poder tomar medidas preventivas (6,10). La OMS (2019) ha indicado que los ED afectan aproximadamente al 5 % de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. También ha mencionado las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), que afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente; a procedimientos quirúrgicos poco seguros que provocan complicaciones en hasta el 25 % de los pacientes; prácticas de inyección y de transfusión poco seguras (6). Chirinos y col. (2019), evidenciaron una prevalencia estimada de EA del 16,5 % en hospitales públicos y privados del Zulia (Venezuela) superior al 10 % de la tasa global de países latinoamericanos. Asimismo, identificaron la incidencia de sus causas: relacionados con los cuidados (30,7 %), mixtos (26,9 %), IACS (26,3 %), ED (14,10 %), relacionados a procedimientos (10,9 %), EM (10,9 %). Se presentaron mayores casos previo a

la admisión a la sala de hospitalización (22,5 %) o al alta (29,7 %). Con referencia a los Servicios/ Unidades, reportaron en hospitales públicos una frecuencia de EA del 20,6 % en medicina interna y cirugía respectivamente, seguido de pediatría (22,5 %); para los hospitales privados, prevalecieron en medicina interna (27,5 %), pediatría (22,5 %) y luego otras unidades (35 %) (11). Se han descrito EA en niños, son un desafío para el cuidado de enfermería. Están implicados factores inherentes a su crecimiento y desarrollo que los hacen vulnerables: fragilidad vascular con susceptibilidad a flebitis, cambios corporales continuos que inciden en la farmacocinética y farmacodinamia con riesgo a eventos adversos por medicamentos (EAM); susceptibilidad de su sistema inmune que los hace susceptibles a IACS y las condiciones de su piel a UPP (12).

Como se ha mencionado, el PE es clave para la seguridad del paciente (7). Se requiere de un *entorno laboral saludable* donde el PE perciba que en su práctica laboral, estén presentes las características estructurales y procesos organizacionales que le faciliten experimentar bienestar, satisfacción personal y profesional en el trabajo; que pueda brindar un cuidado seguro y de calidad a sus pacientes y que simultáneamente mejore la satisfacción del paciente con el cuidado recibido (13). En Venezuela, investigar en materia de SP es apreciado por los estudiantes y profesionales del área de la salud que están participando en eventos científicos; temas relacionados con prácticas seguras, EA o daño al paciente, factores que contribuyen a una atención insegura o procesos inseguros que incrementan el riesgo de daño al paciente, mostrando una tendencia afín con las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes (14). El presente estudio describe el clima de SP desde la percepción de los PE de la Red de Atención Hospitalaria (RAH) del Estado Nueva Esparta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de campo, transeccional. Participaron PE de la RAH del Estado Nueva Esparta conformada por el Hospital Central

Dr. Luis Ortega, Hospital Dr. David Espinoza, Hospital Dr. Agustín Hernández, Hospital Dr. Manuel Antonio Narváez, Hospital El Epinal y Hospital Dr. Armando Mata Sánchez; durante el período de febrero 2022. La muestra estuvo definida por 170 PE de los Servicios/Unidades de medicina interna, pediatría, obstetricia, cirugía y traumatología que cumplieron con los criterios de inclusión durante el período de estudio: grado de Licenciados o Técnicos Superior Universitario (TSU), designado a los Servicios/Unidades mencionadas y encontrarse laborando durante el mes de febrero 2022. El muestreo fue intencional. Se determinaron las variables del objetivo general (valoración bioética de la cultura de SP desde la percepción de los PE) y de los objetivos específicos (ponderar el estado de SP desde la percepción de PE; identificar los problemas de SP en la RAH; plantear las salidas para el Servicio/Unidad y Hospital; analizar las salidas planteadas, estableciendo las áreas de mejora). Instrumento: se utilizó una versión modificada del *Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes*, versión española del *Hospital Survey on Patient Safety* (2005) (16), el cual fue reestructurando a 33 preguntas en las secciones: A (Su Servicio/Unidad), B (Su Hospital) y C (Comunicación en su Servicio/Unidad); 29 preguntas con escala de Likert y 4 preguntas de selección simple/múltiple. Debido a la pandemia, se procedió directamente a la fase operacional, iniciando con la lectura del consentimiento informado y la posterior aplicación del instrumento. Una vez finalizado el lapso planteado se dio por concluida la misma. Los datos recogidos, fueron revisados y codificados con el uso del sistema informático IBM SPSS Statistics 26. Para el análisis estadístico descriptivo se elaboraron tablas de distribución de frecuencias relativas, gráficos, medidas de tendencia central y dispersión. Se cumplió con los aspectos éticos, se garantizó el anonimato de los participantes por el autor. No se retribuyó económicamente a los participantes y tampoco se exigió ningún pago.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 170 profesionales de enfermería (PE): 65,3 % (n=111) Licenciados y 34,7 % (n= 59) Técnicos Superior Universitarios

(TSU). El 48,2 % (n=82) de PE laboraban en el Hospital Central Dr. Luis Ortega (HCLO), 17,6 % (n=30) Hospital Dr. David Espinoza (HDE), 17,1 % (n=29) Hospital Dr. Agustín Hernández (HAH), 7,1 % (n=12) Hospital Dr. Manuel Antonio Narváez (HMAN), 6,5 % (n=11) Hospital El Epinal (HEE) y 3,5 % (n=6) Hospital Dr. Armando Mata Sánchez (HAMS). El 41,8 % (n=71) de PE estuvieron asignados a las salas de hospitalización en Medicina Interna, 29,4 % (n=50) Pediatría, 18,2 % (n=31) Obstetricia, 5,9 % (n=10) Traumatología y el 4,7 % (n=8) en Cirugía.

Su Servicio/Unidad

Dotación de personal: la falta de personal para afrontar la carga de trabajo fue señalada por el 75,3 % (n=128) de PE; hecho referido por el 90 % (n=27) de quienes laboran en el HDE, 81,8 % (n=9) del HEE y 79,3 % (n=65) del HCLO. El 54,7 % (n=93) de PE caracteriza su labor asistencial como un trabajo de presión donde se deben hacer muchas cosas y demasiado deprisa. En relación con la asistencia por PE suplentes o de otras áreas como un factor que afecte la mejor atención al paciente, no se evidenció criterios de fortaleza u oportunidad de mejora. El 54,7 % (n=93) de PE refirió que no les resulta incómodo trabajar con ellos. Trabajo en equipo: el trato respetuoso y la ayuda en el trabajo son valores reconocidos por el 81,2 % (n=138) de PE. Percepción de seguridad: el 57,1 % (n=97) de PE mencionó que los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar los errores de asistencia. En relación a los cambios de medicación, el 85,9 % (n=146) señaló que son señalados en forma clara y rápida a todos los PE implicados en la atención del paciente. Un 30,6 % (n=52) señaló que en su servicio/unidad existen problemas relacionados con la SP, la distribución de estas respuestas no tiene criterios de fortaleza o de oportunidad de mejora entre los Hospitales de la RAH y/o Servicio/Unidad. Aprendizaje organizacional/mejora continua: ante la presencia de un incidente, el 83,5 % (n=142) de PE señaló que se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo; el 65,9 % (n=112) refirió no haber realizado actividades dirigidas a mejorar la seguridad. En la RAH, esto fue mencionado por el 83,3 % (n=25) de PE del

HDE, 81,8 % (n=9) del HEE y 67,1 % (n=55) del HCLO. Respuesta no punitiva a los errores: el 25,9 % (n=44) de PE expresó que cuando se produce un incidente se busca un culpable antes de detectar la causa y el mismo puede ser utilizado en su contra; el 77,6 % (n=132) teme que el incidente quede como antecedente en su expediente laboral.

Su Hospital

Apoyo de la gerencia del hospital en la SP: el 50,6 % (n=86) de PE expresó que la dirección de su hospital sólo parece interesarse por la SP cuando ocurre algún EA en un paciente; esto fue referido por el 83,3 % (n=5) de PE del HAMS, 55,2 % (n=16) del HAH y 54,9 % (n=45) del HCLO. No hay criterios de fortaleza u oportunidad de mejora para la percepción de un clima de SP por parte de la dirección de su hospital; sin embargo, el 62,9 % (n=107) de PE señaló que existen hechos que les demuestran que es una prioridad. Expectativas, acciones de la Dirección y supervisión del Servicio/Unidad: la existencia de un protocolo hospitalario ante la ocurrencia de un incidente fue señalado por el 56,5 % (n=96) del PE. No obstante, el 50,6 % (n=86) mencionó que el hospital no ha realizado actividades de formación para prevenir errores en la atención del paciente. En relación con la supervisión de los protocolos de SP, el 61,2 % (n=104) expresó que su superior/jefe no pasa por alto los problemas de seguridad que ocurren habitualmente. Trabajo en equipo entre Servicios/Unidades, problemas en cambios de turno: el 68,8 % (n=117) reportó que no existe un trabajo coordinado entre Servicios/Unidades para proporcionar la mejor atención posible al paciente y el intercambio de información fue señalado como problemático por el 41,8 % (n=71) de PE. El 59,4 % (n=101) de PE mencionó que en los cambios de turno se pierde información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. Esto fue referido por el 72,7 % (n=8) de PE del HEE, 66,7 % (n=8) del HMAN y 61 % (n=50) del HCLO.

Comunicación en su Servicio/Unidad

Relación Médico/Enfermero-Paciente: el 60,0 % (n=102) de PE mencionó que no se

firma en su Servicio/Unidad el consentimiento informado; por su parte el 97,7 % (n=166) de PE señaló que explica al paciente o familiares sobre procedimientos y medicación a administrar. Franqueza en la comunicación: la comunicación tiene criterios de oportunidad de mejora y fortaleza con un 55,2 % (n=94) de PE que niega temor de preguntar sobre lo que parece haberse hecho de forma incorrecta y un 76,5 % (n=130) que ejerce total libertad para señalar algo que afecte negativamente la atención del paciente. Feed-back y comunicación sobre errores: el 62,3 % (n=106) de PE señaló que se recibe información sobre los errores que ocurren en su Servicio/Unidad. Sin embargo, sea el incidente propio o por algún miembro del equipo de salud, el 41,2 % (n=70) de PE no lo reportó en la historia clínica del paciente; hecho reseñado por el 72,7 % (n=8) de los encuestados del HEE, 51,7 % (n=15) del HAH y 45,1 % (n=37) del HCLO. El 43,5 % (n=74) señaló haber conocido al menos un incidente en un paciente de su hospital. Este grupo (n=74) seleccionó 3 de las principales causas en su hospital: ED 53,5 % (n=40), IACS 52,9 % (n=30), EM 52,3 % (n=38), abandono del paciente en un turno 42,4 % (n=31), procedimientos quirúrgicos poco seguros 25,3 % (n=19), prácticas de inyección poco seguras 22,4 % (n=17), prácticas de transfusión poco seguras 15,3 % (n=11) entre otras.

DISCUSIÓN

Este estudio proporciona información acerca de la cultura de SP desde la percepción de los PE que laboran en la RAH del Estado Nueva Esparta. En este sentido la primera mención señala que *la falta de personal para afrontar la carga de trabajo en los hospitales y la presión del trabajo, donde se deben hacer muchas cosas y demasiado de prisa, son variables que afectan la SP*. Según la *World Health Statistics (2021)*, para el período 2010-2019, en Venezuela la densidad de personal de enfermería y parteras fue de 20,7 por cada 10.000 habitantes, siendo para el año 2018 de 82,7 en la región OMS de las Américas y 39,0 a nivel mundial (17). La proyección poblacional del Instituto Nacional de Estadística (INE) para Nueva Esparta (2019) fue de 617 078 habitantes (18), lo que estima un

total de 1 277 PE para la región. Graterol (2021), mencionó que para el mes de noviembre 2021 en el HCLO, el déficit de PE era del 41,7 % (292/700) con una ratio paciente:enfermero de 40:1 (19). Cuadros y col. (2017) mencionaron en un estudio chileno, que medicina, cirugía y especialidades quirúrgicas fueron los servicios en los que se registró el mayor ratio paciente:enfermero (20,5-24,5:1 en turno de día y 48-57,3:1 en turno de noche), siendo mayor la proporción de pacientes a atender en los turnos de noche y fines de semana. La caída de pacientes fue el único incidente que se asoció a la carga laboral de PE (7, 20), otros EA no presentaron asociación con ninguna de las variables de carga laboral (20). Sin embargo, otros estudios, señalan que el déficit de PE repercute directamente en el incremento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. En hospitalización general se ha observado que cuando la ratio paciente:enfermero se sitúa en torno a 10:1, el riesgo de mortalidad puede aumentar en un 7 %, pudiendo llegar la tasa de incidencia a aumentar hasta 13 veces en periodos de escasez de personal; también se ha informado cómo en el ámbito del paciente crónico el déficit de PE repercute en el seguimiento de los pacientes (21). El impacto de la COVID-19 en la fuerza laboral de PE ha sido grave y pronunciado en todo el mundo, muchas están experimentando pesadas cargas de trabajo junto con estrés laboral y agotamiento (22). Müller y col. (2021), en una encuesta en línea 499 PE en cuatro hospitales de Brasil, detectaron agotamiento (Burnout) en el 12 % (n=60) (23). Duran y col. (2021), demostraron que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) adultos, la existencia de riesgos psicolaborales, pueden generar efectos negativos en los PE y en la SP (24).

Valores como el respeto y la ayuda en el trabajo son reconocidos, no se discrimina a PE suplentes o de otras áreas y no se percibe que su participación sea una variable que afecte la SP. Zarate-Grajales y col. (2017) mencionan que los EA relacionados con la administración de medicamentos, se presentan con mayor frecuencia en Servicios/Unidades donde los PE son mayoritariamente los asignados al mismo (5). En estas circunstancias los PE pueden mejorar la atención segura ejerciendo valores en liderazgo. La prestación de cuidados de enfermería es un esfuerzo de equipo en el que PE con experiencia

dirige a los nuevos enfermeros. Los PE con experiencia deben conocer las competencias, los parámetros legales y las tareas que pueden realizar otros (25). También está acorde al decálogo de principios que rige la profesión, en la responsabilidad como miembro de un equipo en la prevención del daño, evitando la competencia desleal y compartiendo con sus colegas experiencias y conocimientos (26).

Existe en la mayoría de PE la percepción de seguridad, expresado en la práctica de procedimientos y medios que son buenos para evitar IS dentro de su Servicio/Unidad, con una comunicación óptima dentro del equipo de salud ante los cambios de medicación. Los problemas de SP en el Servicio/Unidad fueron señalados por 3 de cada 10 PE. Da Silva y col. (2013) indicaron que profesionales sanitarios de hospitales españoles consideraron que su Servicio/Unidad tenía un grado de seguridad moderadamente alto, aunque mejorable y que se debe aprovechar la buena percepción para fomentar la responsabilidad compartida y mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la SP (27). Jinete y col. (2021) mencionaron que en la UCI de tres hospitales de Barranquilla, Colombia, se evidenció la alta adhesión a las guías de manejo a pesar de la sobrecarga laboral, lo cual permite tener estándares comprobables de SP (28). Sin embargo, en la mayoría de los casos los EA que se presentan en los servicios de hospitalización aparecen aun cuando existe PE suficiente y cualificado, recursos tecnológicos y administrativos adecuados, así como normas, políticas y protocolos para el otorgamiento de un cuidado seguro y libre de riesgo (5).

Ante la presencia de un IS, dentro del Servicio/Unidad se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, aunque no se expresan en actividades dirigidas a mejorar la SP. El Comité de Bioética de España (2021) señala que el análisis de los EA con el fin de evitar su repetición constituye una estrategia fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad y que la SP implica esencialmente desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria a fin de evitar su repetición en el futuro (29). Una cultura positiva sobre SP involucra aprender de los errores de forma

proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir (30).

En 3 de cada 10 PE existe el temor a una respuesta punitiva ante los EA, en 8 de cada 10 PE se teme que el EA quede reseñado en su expediente. Aunque se recibe información acerca de los EA de su Servicio/Unidad, 4 de cada 10 PE no reporta el error propio o de otro en la HC del paciente. Consegir cambiar la cultura de ocultación de los EA o de simple reacción frente a los EA, por otra en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la SP (2). La disponibilidad de un sistema de notificación y registro de IS y EA, confidencial, no punitivo, pero que simultáneamente atienda los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia y justicia; que no vaya en detrimento de los derechos de los pacientes y sus familiares, con propuestas de regulación que fomenten la transparencia por parte del sistema de salud y sus profesionales, con procesos legales de perdón por el error cometido o alternativos de resolución de conflictos; son propuestas desde el punto de vista bioético para los sistemas de salud en mejora de la SP (29).

La institución hospitalaria se interesa por la SP ante la ocurrencia de un EA y aunque el PE sostiene que es su prioridad, no hay consenso sobre la creación de un clima de SP por parte de la misma. La SP debe ser una propiedad inherente al sistema, los pacientes deben estar a salvo de lesiones y accidentes debidos a la atención recibida. Se deben reducir riesgos y asegurar la calidad, con transparencia, con información a pacientes y sus familiares que les permita tomar decisiones informadas para escoger centros, facultativos o tratamientos alternativos; con datos sobre el funcionamiento del sistema en cuestiones de seguridad, práctica basada en la evidencia y satisfacción de los pacientes. El sistema debe ser proactivo y anticiparse a las necesidades de los pacientes, minimizar las pérdidas de actuaciones innecesarias y buscar la cooperación activa con el personal sanitario como una prioridad (2). La realidad se muestra en testimonios recogidos de pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño que dan contenido humano al incumplimiento a la obligación de

garantía y realización efectiva del derecho a la salud. El Estado venezolano no está garantizando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios públicos de atención de salud, al no satisfacer los niveles esenciales de atención en salud y eso menoscaba la dignidad de las personas, con el sufrimiento físico, emocional y social (31).

Los PE conocen la existencia de un protocolo hospitalario ante la ocurrencia de un EA pero la institución no realiza actividades de formación para prevenir incidentes, sólo se realiza supervisión dentro del Servicio/Unidad sobre los incidentes que ocurren. Este hecho corresponde en parte con lo señalado por González (2018) en un hospital de Ecuador, donde el 70,6 % de PE conocía el protocolo de SP, pero a diferencia, el 64,7 % manifestó contar con mecanismos de participación, el 70,6 % afirmó que se le brindó acceso a formación en SP y el 47,1 % reconoció la promoción en investigación sobre el tema por el hospital (9). La supervisión periódica de EA es de gran utilidad para elaborar planes de mejora, esto se demostró en EA relacionados con catéteres en neonatos que precisan tratamientos muy prolongados (32). También Cabrera (2021) ha señalado que el destino de tiempo en evitar los incidentes puede aumentar la calidad de los cuidados por parte de los PE, como una de las estrategias para prevenir los EA por EM (7).

No existe un trabajo coordinado entre Servicios/Unidades para proporcionar la mejor atención al paciente y en los cambios de turno se pierde información importante sobre la atención del mismo. Se ha mencionado un predominio del individualismo sobre el trabajo en equipo y una actitud artesanal de la práctica clínica que se expresa en una notable variabilidad de la misma dentro de la cultura de los escenarios asistenciales de estos tiempos, una práctica no centrada en el paciente. La comunicación entre el personal sanitario y la institución es una prioridad para asegurar la coordinación y un intercambio apropiado de información (2). Da Silva (2013) señala cómo los fallos en la coordinación entre distintos Servicios/Unidades se percibía como una debilidad y repercutía negativamente en la SP (27).

El PE no tiene temor de preguntar sobre lo que parece haberse hecho de forma incorrecta

y ejerce el valor de la libertad para señalar algo que afecte la SP. Ejerce con la verdad, no engañando a otro; con la libertad del ejercicio de sus competencias (artículo 12), garantizando una atención y cuidados adecuados para cada enfermo en particular y procurando un entorno laboral seguro para todos los actores (26).

La relación médico/enfermero-paciente sigue manteniendo la deuda de la firma de un consentimiento informado (CI), sin embargo el PE le explica sobre procedimientos y medicación a administrar. El paciente es el actor de mayor importancia en el accionar del PE, a partir de la identificación de sus necesidades se elabora, aplica y evalúa el cuidado de enfermería. No hay escenarios donde se presten servicios de enfermería sin que los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia, responsabilidad, estén al servicio del mejor cuidado brindado al paciente (33). El artículo 34 del Código de Deontología de PE señala que el enfermo tiene derecho a ser informado y dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión (26). Valencia y col. (2021), señalaron que la inadecuada y poco asertiva comunicación por parte del PE es la principal causa de una mala aplicabilidad del CI, aunado existe poca investigación acerca de este tema por parte de la profesión de enfermería, llevando

al desconocimiento de su importancia y escasa conciencia sobre su uso (34).

Los EA son una realidad en la RAH de Nueva Esparta, 4 de cada 10 PE han conocido al menos un caso de EA en su hospital. Los EA identificados en orden decreciente señalan son ED (Error diagnóstico), IACS (Infecciones asociadas al cuidado de la salud), EM (Error de medicación), abandono del paciente en un turno, procedimientos quirúrgicos poco seguros, prácticas de inyección poco seguras, prácticas de transfusión poco seguras, entre otras (Figura 1). Ya hemos hecho mención de estos EA. Sin embargo, en la literatura revisada no se reporta el abandono del paciente en un turno como un EA. La visión moderna considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no depende sólo de uno de ellos. La mayoría de los EA suelen generarse en una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios, siendo la mayor parte de las veces más como resultado de fallos en el sistema en el que los profesionales trabajan que una mala práctica individual (29). Se ha mencionado cómo la falta de personal para afrontar la carga de trabajo y el ratio paciente:personal afectan la SP. Las futuras investigaciones deben monitorear este error

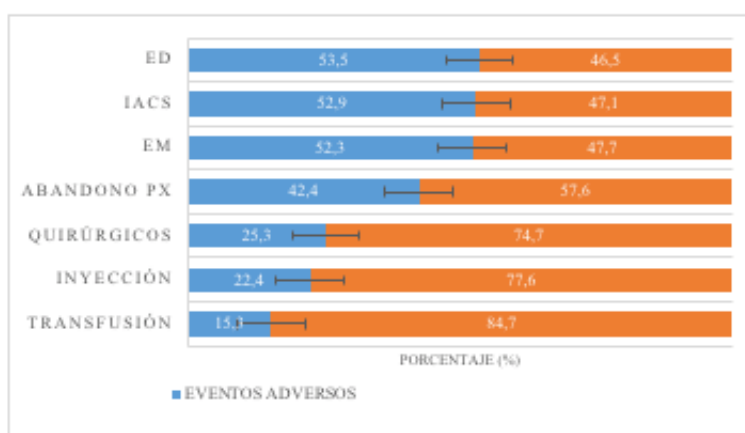


Figura 1. Eventos Adversos reconocidos por los PE de la RAH en Nueva Esparta (n=74) Evento adverso (EA), PE (Profesionales de enfermería), RAH (Red de atención hospitalaria), PX (Paciente/turno), ED (Error diagnóstico), IACS (Infecciones asociadas al cuidado de la salud), EM (Error de medicación). Fuente. Intrumento de la investigación.

latente y su efecto en la SP para categorizarlo como un EA.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio ha documentado variabilidad en las percepciones de SP por parte de los PE de la RAH del Estado Nueva Esparta. A través de una deliberación se han identificado errores latentes que son factores contribuyentes de IS: falta de personal, un entorno de culpa y ocultamiento de EA, un proceso lento de cambios y problemas de la institución para la formación de los PE en SP; una coordinación ineficiente entre Servicios/Unidades, la pérdida de información y el no establecimiento de una cultura de seguridad basada en la prevención e investigación de los EA. En los PE se identificó una alta carga y presión en el trabajo, el temor de una respuesta punitiva, percepción de falta de apoyo institucional; inconsistencias en el aprendizaje a partir del IS y en la relación enfermero-paciente. La institución mantiene una actitud reactiva ante un EA. En el PE se pueden señalar los valores de respeto, ayuda en el trabajo, no discriminación, una percepción de seguridad en su Servicio/Unidad basada en sus competencias y en una comunicación con libertad para preguntar y señalar; todos estos procesos requieren oportunidades de mejora.

Desde la institución se debe fortalecer una cultura de SP entre directivos y jefes de Servicios/Unidades con la finalidad lograr aptitudes y actitudes positivas. Mantener un clima laboral no punitivo que permita la gestión de los factores contribuyentes y la notificación de EA. Mejorar la comunicación entre los Servicios/Unidades. Conformar una comisión de SP a fin de organizar un programa de intervenciones formativas y de investigación. Implantación de un sistema de notificación de IS y EA, así como de prácticas clínicas seguras para el uso de medicamentos, prevención de las IACS; intervenciones quirúrgicas, prácticas de inyecciones, procedimientos diagnósticos y transfusionales seguros; cuidados del paciente y valoración de casos clínicos con diagnósticos relacionados a la SP. Dar especial atención a la falta de atención del paciente en turnos de guardia.

CONFLICTO DE INTERÉS

En cuanto a la presente investigación no ha habido ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Sabio V, Panattierib N, Godioc C, Rattod M, Arpíe L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. Arch Argent Pediatr. 2015;113(5):469-472.
2. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés J. La Prevención de los eventos adversos. La Cultura de la Seguridad. Prácticas Seguras. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2020.p.42. Disponible en: <https://n9.cl/lrqsx>
3. Lima F, Souza N, Freire de Vasconcelos P, Aires de Freitas C, Bessa M, De Souza A. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. Enfermería Global. 2014;13(3):293-325.
4. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Med Clin Condes. 2017;28(5):785-795.
5. Zárate-Grajales R, Salcedo-Álvarez R, Olvera-Arreola S, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López M, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. Enfermería Universitaria. 2017;14(4):277-285.
6. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Seguridad del Paciente; 2019. Disponible en: <https://n9.cl/6sigx>
7. Cabrera J. Revisión bibliográfica sobre la tipología de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y las estrategias para prevenirlos en los hospitales. Tesis de Especialización. España. Universitat Rovira i Virgili. Tortosa, 2021.p.53. Disponible en: <https://n9.cl/qc2rz>
8. Vargas-Neri J, Bernal-Salazar M, Rodríguez Y, Aceves-González C, Caro-Rojas A, Jarpa-Cuadra S, et al. Ergonomía, Investigación y Desarrollo. 2021;3(2):94-109.
9. González J. Seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital Delfina Torres. Tesis de Especialización. Ecuador. Pontificia Universidad Católica de Ecuador (Esmeraldas), 2018.p.57. Disponible en: <https://n9.cl/ecxhi>
10. Ximena P. ¿Nos estamos equivocando al diagnosticar? ¿por qué? Rev Venez Endocrinol Metab. 2019;17(1):1-6.
11. Chirinos M, Orrego C, Montoya C, Suñol R. Prevalencia y naturaleza de los eventos adversos en hospitales de Venezuela. Invest Clin. 2019;60(4):296-309.

12. Martínez C, Álvarez F, Garzón C, Rave I. Eventos adversos en niños hospitalizados: un desafío para el Cuidado de Enfermería. *Rev Cien Cuidado*. 2019;16(1):111-123.
13. PeñaAlfaro B. Desarrollo y validación del instrumento ENLASA-Enfermería para la evaluación de un entorno laboral saludable en el ámbito hospitalario. Tesis de Doctorado. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, 2021.p.291. Disponible en: <https://n9.cl/2ch5c>
14. Chirinos M. Relación de trabajos de investigación sobre seguridad del paciente, presentados en III Congreso Internacional de la Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia (REDIELUZ) Venezuela 2019. En: Reyes L, Aular J, Carrullo J, Chirinos M, Ortega Sh, Plata D, editores. *Haciendo ciencia, construimos futuro*. Venezuela: Universidad del Zulia; 2020.p.448-456. Disponible en: <https://n9.cl/u0hfo>
15. Arpia L, Panattieria N, Godioa C, Sabio V, Dackiewicz N. Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(1):82-88.
16. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.p.17. Disponible en: <https://n9.cl/x1rim>
17. World Health Organization. *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization; 2021.p.136. Disponible en: <https://n9.cl/xfart>
18. Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de Población* [página web en Internet]. Venezuela: Ministerio del Poder Popular de Planificación; 2011: [actualizado 23 abril 2015; citado 15 enero 2022]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://n9.cl/41sbq>
19. El Sol de Margarita [página web en Internet]. *Porlamar: Salud*; 2021 [citado 15 enero 2022]. Déficit de personal de enfermería en el hospital Luis Ortega supera el 40 %; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://n9.cl/t4gev>
20. Cuadros K, Padilha K, Toffoletto M, Henriquez-Roldán C, Canales M. Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2841.
21. Magalhães A, Trevilato D, Dal Pai D, Barbosa A, Medeiros N, Seeger V, et al. Professional burnout of nursing team working to fight the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 1):e20210498.
22. Buchan J, Catton H, Shaffer F. *La fuerza laboral de enfermería global y la COVID-19*. Philadelphia: ICNM - International Centre on Nurse Migration, 2022.p.77. Disponible en: <https://n9.cl/9xb6a>
23. Cruz A, Grande M, García F, Hueso C, García P, Ruiz M. Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Index de Enfermería*. 2019;28(3):147-151.
24. Durán R, Gámez Y, Toirac K, Toirac J, Toirac D. Síndrome de Burnout en enfermería intensiva y su influencia en la seguridad del paciente. *MEDISAN*. 2021;25(2):278-291.
25. Álava E, Otero L, Mora M, Mora L. Rol que desempeña el personal de salud en la seguridad del paciente. *Ciencia y Educación*. 2020;1(6):28-35.
26. La Enfermería Venezolana Blog. *Venezuela: Julio García. Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela*. 2014 Sep - [citado 10 febrero 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/hwglw>
27. Da Silva Z, De Souza A, Saturno P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(2):283-293
28. Jinete J, Barraza D, Morales R, Pardo A, Siado M, González-Torres H. Evaluación de los factores asociados a la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Arch Vene Farmacol Terap*. 2021;40(9):921-926.
29. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y, específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos. España: CBE; 2021.p.70. Disponible en: <https://n9.cl/w4qei>
30. Martínez R. Conocimiento del enfermero sobre seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional del Callao. Perú, 2019.p.95. Disponible en: <https://n9.cl/4d10i>
31. Delgado A. Contando historias de dolor: el derecho a la salud de pacientes hospitalizadas en Venezuela. *Rev Derec Salud*. 2021;5(6):31-54.
32. Padilla-Sánchez R, Montejano-Lozoya L, Benavent-Taengua A, Monedero-Valero M, Borrás-Vañó M, Ángel-Selfa M, et al. Factores de riesgo asociados a eventos adversos en recién nacidos portadores de catéteres centrales de inserción periférica. *Enfermería Intensiva*. 2019;30(4):170-180.
33. Rodríguez T, Rodríguez A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Rev Cubana de Enfermería*. 2018;34(3):735-748.
34. Valencia C, Sepúlveda L. Implicaciones éticas y legales del consentimiento informado en enfermería en Colombia. Tesis de Especialidad. Universidad Católica de Oriente. Colombia, 2021.p.34. Disponible en: <https://n9.cl/ezl47>