FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA TIPOLOGÍA DE LOS INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS ESTRATEGIAS PARA PREVENIRLOS EN LOS HOSPITALES.

Javier Cabrera Mezquita

TUTORA: Dra. Maria Elena Solà Reverte

Facultad de enfermería: Campus Terres de l'Ebre

Tortosa, 20 de mayo del 2021

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: JAVIER CABRERA MEZQUITA		
DNI: 53663069K	Adreça: C/ TORREHERMOSA Nº60 2A	
Codi postal:12540	Població: VILA-REAL (CASTELLÓN)	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 658122853	Adreça electrònica URV: javier.cabrera@estudiants.urv.cat	

EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: **Revisión bibliográfica sobre la tipología de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y las estrategias para prevenirlos en los hospitales**
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: **Maria Elena Solà Miravete**
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En TORTOSA , 20. de MAIG de 2021 (signatura)

EL/LA TUTOR/A: Maria Elena Solà Miravete
Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau

Data i signatura: 20 de maig de 2021

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura

Me gustaría dedicar este trabajo a toda esa gente que me ha ayudado llegar hasta aquí, en especial: a mis padres, a mi hermano, a mi familia, a mis abuelos, a mis amigos y a mi ángel. No puedo olvidarme de agradecer a mis profesores por guiarme en este proceso y, sobretodo, de darle las gracias a mi tutora por su exigencia, dedicación, crítica, aliento y confianza depositada en mi.

"No importa la lentitud con la que avances, siempre y cuando no te detengas" *Confucio (551 a.C – 479 a.C)*

ÍNDICE

1. RESUMEN 6

2. JUSTIFICACIÓN 8

3. INTRODUCCION 10

4. MARCO CONCEPTUAL 12

4.1 La seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial 12

4.2 La Seguridad del paciente 13

4.3 Clasificación Internacional de la Seguridad del paciente 15

4.3.1. Tipo de incidente 18

4.3.2. Características del incidente 18

4.3.3. Detección y factores atenuantes 19

4.4 Principales estudios nacionales de seguridad del paciente 21

4.4.1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS. 21

4.4.2. Eventos Adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles EVADUR 22

4.5 Estrategias para la prevención de eventos adversos. 24

4.6 Enfermería y Seguridad del paciente 26

4.7 Cultura de seguridad del paciente y la práctica enfermera 27

5. OBJETIVOS 28

5.1 General 28

5.1.2 Específicos 28

6. METODOLOGÍA 29

6.1 Diseño del estudio 29

6.3 Criterios de inclusión y exclusión 30

6.3.1 Criterios de inclusión 30

6.3.2 Criterios de exclusión 30

7. RESULTADOS 32

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN 43

- **Objetivo específico 1. Conocer la prevalencia y tipos de eventos adversos en los diferentes servicios hospitalarios. 44**
- **Objetivo específico 2: Describir las estrategias para la prevención de eventos adversos y otros proyectos de seguridad del paciente relacionados con la práctica enfermera. 45**
- **Objetivo específico 3: Estudiar la relación entre la comunicación profesional y los incidentes o eventos adversos en los centros sanitarios. 46**

9. CONCLUSIONES 47

10. LIMITACIONES 48

11. BIBLIOGRAFÍA 49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la calidad asistencial 13

Figura 2. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente 17

Figura 3. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Conceptos calve. 20

Figura 4. Selección de artículos con criterios de exclusión e inclusión 32

Figura 5. Diagrama de flujo de la selección de artículos. 32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Términos de búsqueda específicos 29

Tabla 2. Estrategias de búsqueda 31

Tabla 3. Descripción de artículos encontrados 34

Tabla 4. Representación de la calidad metodológica de los artículos. 42

INDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados atención primaria **(APEAS)**
- Comunidades Autónomas **(CCAA)**
- Clasificación Internacional para la Seguridad de los Pacientes **(CSIP)**
- Eventos Adversos **(EA)**
- Errores de Medicación **(EM)**
- Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización **(ENEAS**)
- Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados al servicio de urgencias hospitalarias **(EVADUR)**
- Instituto de Medicina **(IOM)**
- Errores de administración de medicamentos **(MAE)**
- Medical Subjects Headings **(MeSH)**
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad **(MSSSI)**
- Organización Mundial de la Salud **(OMS)**
- Sistema Nacional de Salud **(SNS)**
- Seguridad del Paciente **(SP)**
- Sistema Sanitario **(SS)**
- Servicio de Urgencias **(SU)**
- Unidad de Cuidados Intensivos **(UCI)**

1. RESUMEN

Introducción: El principio de "primum non nocere" es el origen de toda práctica asistencial. La seguridad del paciente es un concepto relativamente reciente, que se ha incorporado en las instituciones sanitarias como un indicador calidad y como un derecho reconocido por las organizaciones internacionales. Se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Tiene como objetivo prevenir y disminuir los riesgos, errores y daños que pueden sufren los pacientes.

Objetivos: El objetivo general es la revisión bibliográfica sobre la tipología de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y de las estrategias para prevenirlos en los hospitales. También se pretende describir las estrategias para la prevención de eventos adversos y otros proyectos de seguridad del paciente relacionados con la práctica enfermera, estudiar la relación entre los problemas de comunicación y los incidentes o eventos adversos en los centros sanitarios, y conocer la prevalencia y los tipos de eventos adversos en los diferentes servicios.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Cinahl, Scopus y Dialnet) utilizando unos términos de búsqueda específicos que se obtienen a partir de descriptores MeSH (Medical Subject Headings) junto a unos criterios específicos de inclusión y exclusión. Estos artículos se someterán a unos criterios de calidad según el manual de Joanna Briggs Institute (JBI).

Resultados: Una vez realizada la búsqueda y lectura detenida de los artículos, se selecciona 14 artículos relacionados con la temática del estudio.

Discusión y conclusiones: Los eventos adversos que más afectan a la seguridad del paciente son los relacionados con la medicación. No obstante, se encuentran diferentes estrategias para prevenir y reducir los eventos adversos en las instituciones sanitarias. A demás de las estrategias, otra forma de prevención sin coste alguno es la buena comunicación entre profesionales y el registro de errores. Los eventos adversos relacionados con la práctica tienen conexión con el error humano, pero se encuentra que estos errores vienen determinados por otros factores que no dependen de ellos, si no que dependen de la institución o servicio donde los profesionales prestan asistencia. La enfermera es una profesional clave para la seguridad del paciente.

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Eventos Adversos, Incidentes, Hospital, Enfermería/Enfermeras/Enfermera, Error de Medicación, Servicio de Urgencias y Emergencias.

ABSTRACT

Introduction: The principle of "primum non nocere" is one of the main precepts of all healthcare practices. Patient safety is a relatively recent concept that has been incorporated in health institutions as a quality indicator and as a right recognized by international organizations. This concept is defined as reducing the risk of causing unnecessary harm to a patient to an acceptable minimum. Its objective is to prevent and reduce the risks, errors, and harm that patients might experience.

Objectives: The general objective of this thesis is the bibliographical review of the typology of the incidents related to patient safety and the strategies to prevent these in the hospitals. It also aims to describe and analyze the strategies to prevent adverse events and other patient safety projects related to nursing practice. Furthermore, this thesis aims to study the relationship between communication problems and incidents or adverse events in health centers, and to know the types of adverse events in the different services and their prevalence.

Methodology: A bibliographic search was carried out in the main databases (PubMed, Cinahl, Scopus, and Dialnet) using specific search terms obtained from MeSH (Medical Subject Headings) descriptors together with specific inclusion and exclusion criteria. These articles were subjected to the quality criteria described in the Joanna Briggs Institute's (JBI) critical appraisal tools.

Results: Once read the articles, 14 articles related to the subject of the study were selected.

Discussion and Conclusions: The adverse events that most affect patient safety are those related to medication. However, different strategies have been observed to prevent and reduce adverse events in health institutions. In addition to these strategies, good communication among health professionals and keeping a record of errors are other ways to prevent adverse events with no cost. Although adverse events related to practice are connected to human error, it was found that these errors were determined by other factors that depend on the institution or service where the professionals provide assistance, rather than on the professionals themselves. Nurses are, therefore, key professionals for patient safety.

Keywords: Patient safety, adverse events, incidents, hospital, nursing, nurses, medication error, emergency services.

2. JUSTIFICACIÓN

Ya habló Florence Nitinghale, fundadora de la enfermería moderna y profesional, en su libro "Notas de Enfermería: Que es y que no es." sobre su preocupación por proporcionar a los pacientes una higiene, una limpieza, ventilación y organización cuando se encuentran en las instituciones hospitalarias. Estos actos constituyen, las reglas de oro para la reducción del riesgo del daño. Más tarde recitó un juramento hipocrático adaptado a las enfermeras, con la finalidad de no proporcionar ningún daño a propósito (Florence Nightingale 1859).

Este fue el principio del concepto de la seguridad del paciente, pero no es hasta el año 1999, donde empiezan los estudios sobre cuantas personas mueren al año por errores en los servicios de atención a la salud. Al año siguiente, con la publicación del libro "*To err is human. Building a Safer Health System"* del Instituto de medicina (IOM) de Norte América es donde se dan a conocer los resultados. En este instante se empieza a hablar y fomentar la seguridad del paciente (SP) a nivel global (Subcomité de Seguridad del Paciente 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2004, crea la Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente, que hace hincapié, en diferentes países que forman parte de esta organización, se comprometan en mejorar la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. La Alianza, con la razón de llegar a todos los rincones el concepto de la seguridad del paciente, crea la Clasificación Internacional de la Seguridad del Paciente con el objetivo de establecer una taxonomía que pueda clasificar y definir los conceptos a nivel mundial para formular políticas y prácticas acordes con la necesidad de cada país alrededor de la seguridad del paciente (World Health Organization 2009).

Más tarde, la implicación de estos Estados miembros impulsa la creación de normas, planes y estrategias que sitúan la seguridad del paciente como centro de las políticas sanitarias para conseguir una mejora de calidad (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2010). En 2005 se desarrolla el estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) y en el año 2010 estudio nacional sobre efectos adversos ligados al servicio de urgencias de hospitales españoles (EVADUR). De los que a continuación se resumen los resultados principales.

El estudio ENEAS, con una muestra que incluyó 24 hospitales, 5.624 pacientes y 42.714 estancias hospitalarias, concluyó que la incidencia de eventos adversos (EA) EA en los hospitales españoles era del 9'3%. El 55% de los EA fueron moderados o graves, el 31'4% provocó un incremento de la estancia hospitalaria y en un 25% el EA condicionó el ingreso. Las tres causas de que ocurra

un EA fueron relacionadas con la medicación, infecciones nosocomiales o problemas técnicos. Un 42,6% de EA fueron evitables.(Ministerio de Sanidad y Consumo 2006). Por otra parte, el estudio EVADUR, realizado en 21 servicio de urgencias españoles, con una muestra de 3.853 pacientes, el 12% presentó un incidente o EA, mínimo (el 1,1% no llegó al paciente, el 4'8 llegaron sin daño y el 7'2% fueron incidentes con daño o EA). Pudo ser evitable un 70% de los eventos adversos y existió error en la actuación en el 54'6% de EA. Los efectos derivados del proceso, la medicación y los procedimientos fueron más frecuentes (Tomás et al. 2010).

El interés por los riesgos de la asistencia sanitaria con ser materia de actualidad, no es novedoso. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y, errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006).

Uno de los motivos por el cual este trabajo se realiza es porque el personal sanitario que constituye enfermería, con su práctica asistencial, contribuye a que se produzcan eventos adversos debidos al factor humano ya que toda actividad humana está sujeta a error (Salgado 2005).

Por todo ello, este estudio tiene la finalidad de realizar una búsqueda sistemática apropiada para determinar la tipología de los eventos adversos y otros incidentes relacionados con la seguridad del paciente y las estrategias para prevenirlos en los hospitales.

3. INTRODUCCION

Florence Nitinghale (1820-1910), recitó un juramento hipocrático adaptado a las enfermeras donde se compromete a no proporcionar ningún daño a propósito al paciente y no prestar cuidados perjudiciales (Malvárez 2006).

También fue la pionera, junto a Ignaz F.Semmelweis (1818-1865) en el control y prevención de las infecciones nosocomiales, que son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes en el momento de desarrollo de la enfermedad ni en el momento en el que ingresa el paciente en la institución hospitalaria. Es causada por muchos factores como, la reducción de la inmunidad de los pacientes hospitalizados, mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas (que crean vías de infección), y la transmisión de bacterias fármaco resistentes en poblaciones agrupadas en los hospitales donde las practicas defectuosas de los profesionales sobre el control de infecciones pueden facilitar la transmisión a otros pacientes (Ducel et al. 2003).

Pero, el concepto de Seguridad del Paciente es relativamente joven, aparece a finales del siglo XX con la publicación del libro por parte del Instituto de Medicina (IOM) de Norte América, Errar es Humano (*To err is human. Building a Safer Health System*). Esto permitió conocer, por revisión de estudios retrospectivos, que en este país mueren entre 44.000 y 98.000 pacientes en los hospitales al año como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención (Subcomité de Seguridad del Paciente 2016).

A partir de esta publicación, aumento el interés por parte de las naciones, y en 2004, surgió por parte de la Organización Mundial de la Salud la creación de la Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente cuyo nacimiento insta a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes ya que la Alianza fomenta la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad en la atención, y apoya a los Estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. La Alianza formula Retos Mundiales como: Atención limpia y atención segura; Cirugía segura salva vidas, Combate a la resistencia antimicrobiana, etc (World Health Organization 2009) (Alianza Mundial Para la Seguridad Del Paciente 2006).

La medida del riesgo y el reconocimiento de errores por parte del sistema sanitario (SS) ligado a los cuidados prestados en el ámbito sanitario es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su parte sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática. En el campo de la atención a la salud y la salud pública, el término riesgo, presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006).

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 La seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial

La seguridad y la atención centradas en el paciente son aceptadas como dimensiones transversales de la calidad (ver figura 1), ya que estas dos impactan en las otras dimensiones de la calidad asistencial (Remón and Aranaz Andrés 2016).

De hecho, un componente de los dos de la Calidad Asistencial es la SP. Esta se rige por tres componentes esenciales:

1. El factor científico-técnico: Es la aplicación del mejor saber disponible en función de los medios y recursos que se dispongan.
2. El factor percibido: Es la satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.
3. El factor institucional o corporativo: Asociado a la imagen de un centro sanitario.

Para entender mejor el concepto de calidad precisa conferirle al mismo unas dimensiones que permitan su evaluación y unas coordenadas para la mejora de todas ellas:

1. Efectividad: capacidad de una actividad, procedimiento o servicio para mejorar el estado de salud del paciente o población en circunstancias habituales de aplicación
2. Eficiencia: evitar el desperdicio de recursos, tiempo y dispositivos que no aporten valor a la salud del paciente
3. Oportunidad de la atención: hace referencia a la facilidad con la cual debe prestarse la atención sanitaria: en el momento oportuno, sin retrasos que no son necesarios o que son perjudiciales.
4. Equidad: facilitar la misma atención sin hacer distinciones entre lo social, económico, cultural, etc. Y de ningún tipo
5. Atención centrada en el paciente: prestar atención sanitaria personalizada con transparencia y respeto a la dignidad, valores, creencias y capacidad de elección en todos los aspectos relacionados con la persona y su enfermedad.
6. Seguridad del paciente.

Figura 1. Dimensiones de la calidad asistencial

Fuente: (Remón and Aranaz Andrés 2016)

Todo ello engloba lo que podríamos denominar la cultura de la seguridad del paciente, uno de los dos fundamentos de la calidad asistencial, que no es más que un conjunto de valores y normas comunes para los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad del paciente como un objetivo común a seguir generando concienciación en el personal de la salud, paciente y familiares (Ministerio de Sanidad 2010).

4.2 La Seguridad del paciente

El cambio de paradigma que produjo la aparición del libro Errar es Humano del IOM se acompañó con la necesidad de definir el concepto de seguridad del paciente, el cual se definió como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (Remón et al. 2009).

La seguridad del paciente se ha convertido en una disciplina de la atención de la salud por la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes y sus familias en los centros sanitarios de todo el mundo. Tiene como objetivo prevenir y disminuir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la asistencia sanitaria (World Health Organization 2019).

Siempre debemos tener en cuenta este concepto para hacer que los pacientes y sus familiares reciban una asistencia de calidad. Existe un consenso para que los servicios de salud presten asistencia de calidad en todo el mundo para ser eficaces, seguros y estar centrados en las personas. Sin olvidarnos que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, así pues los servicios de salud deben hacerse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente (World Health Organization 2019).

Un incidente con daño o evento adverso (EA) se define como cualquier circunstancia ligada a la asistencia sanitaria que reciben los pacientes que tiene consecuencias negativas. Es una lesión o complicación que resulta en incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria causado por el sistema sanitario (SS) más que por la enfermedad del paciente. Si se quiere obtener el porqué de un incidente de cierto tipo a nivel sanitario, tiene que estar favorecido por las circunstancias propicias en el sistema, es decir, tienen que existir fallos en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de organización (Generalitat de Catalunya 2019).

La definición de error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Aparecen al hacer algo erróneamente (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión). Se pueden dar en la fase de planificación o en la de ejecución. Los errores y las infracciones aumentan el riesgo de aparición de incidentes o EA (Remón et al. 2009).

Un incidente dentro de una organización sanitaria puede ser de cuatro formas diferentes:

- Circunstancia notificable: es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en este caso no se produce ningún incidente. (un ejemplo sería trasladar un Desfibrilador de la unidad de cuidados intensivos al servicio de urgencias porque no funciona el de este servicio y estamos dejando sin desfibrilador a la UCI, aunque no se precise en ese momento)
- Cuasiincidente: incidentes que no llegan al paciente. (un ejemplo sería estar a muy poco administrar insulina a un paciente diabético no insulino dependiente)
- Un incidente sin daños: este caso se da cuando el incidente llega al paciente (un ejemplo para este caso sería administrar oxígeno a un paciente que no precisaba este tratamiento).
- Un incidente con daños o evento adverso es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica

(World Health Organization 2009).

Los efectos no deseados en la atención sanitaria son causa de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. El motivo fundamental es el aumento de la complejidad del manejo del paciente, donde interactúan factores organizativos, personales de los profesionales y los relacionados con la enfermedad. Los daños que se pueden ocasionar a los usuarios en el ámbito sanitario y el coste que supone esto a los sistemas sanitarios son de tal importancia que organizaciones como: la OMS, la Organización Panamerica de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. (Ministerio de Sanidad 2010).

En el ámbito nacional tenemos el documento actualizado en el período 2015-2020 de Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) impulsado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) que viene desarrollándose desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2015).

Los objetivos de la estrategia son los de promocionar y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente, implementar practicas seguras e implicar pacientes y ciudadanos (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2015).

4.3 Clasificación Internacional de la Seguridad del paciente

La Alianza Mundial, con el objetivo de mejorar aspectos específicos de la seguridad del paciente, realizó un proyecto sobre una clasificación internacional para la seguridad del paciente (CISP) con la función de seguir unas normas y patrones mundiales conjuntamente con la formulación de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente, para favorecer la reducción del número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren por culpa de errores en la atención de la salud (World Health Organization 2009).

Esta alianza se encargó de elaborar un Grupo de Redacción formado por expertos de la seguridad del paciente, teoría de la clasificación, la informática sanitaria, la defensa de consumidores o los pacientes, el derecho y la medicina. El grupo se dio cuenta de que los problemas no están en las palabras que se usan, sino más bien en los conceptos que subyacen

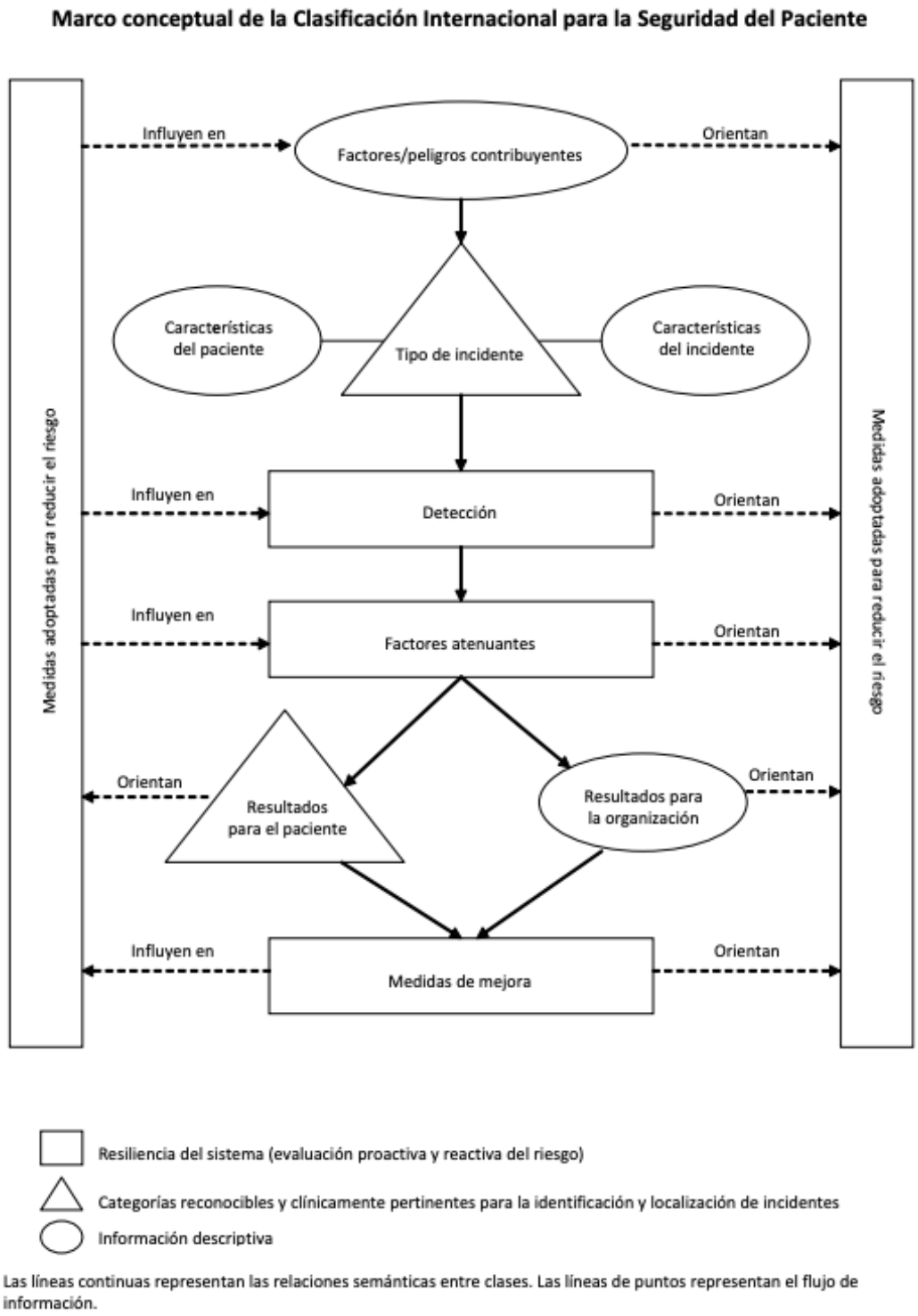
a ellas. Por lo cual, se puso empeño en que las definiciones conceptuales, términos o etiquetas son las que deben de cambiar en el panorama internacional para ser aceptadas y con ello, que no obstaculizar la compresión.

La CSIP más que una clasificación, se trata de un marco conceptual para una clasificación internacional que quiere llegar a ofrecer definiciones de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, armonizarlos y agruparlos en una clasificación acordada entre los miembros Estados para que favorezca el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en diferentes ámbitos sanitarios.

A continuación, se definen algunos conceptos de interés incluidos en esta clasificación internacional (World Health Organization 2009). El marco conceptual de la CSIP que elaboró el Grupo de Redacción está integrado por diez clases superiores y cada clase cuenta con subdivisiones dispuestas jerárquicamente:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Figura 2. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente



Fuente: (World Health Organization 2009)

4.3.1. Tipo de incidente

La clase ***tipo de incidente*** es un término que describe una categoría constituida por incidentes de naturaleza similar que se juntan por compartir características acordadas como "Medicación/líquido para administración intravenosa". Como un tipo de incidente es singular, un incidente relacionado con la SP puede clasificarse como más de un tipo de incidente. La clase ***resultado para el paciente*** incluye los conceptos ligados a las repercusiones para el paciente total o parcial atribuibles a un incidente. Los resultados pueden clasificarse según el tipo de gaño, grado de daño, y el impacto social o económico. Estas dos clases tienen la finalidad de recoger los incidentes relacionados con la seguridad de paciente en categorías clínicamente pertinentes (World Health Organization 2009).

4.3.2. Características del incidente

Las ***características del paciente*** clasifican la información demográfica del paciente, el motivo por la que se prestó atención sanitaria y el diagnóstico principal. Las ***características del incidente*** clasifican la información sobre cómo y porque se produjo el incidente, momento y lugar del paso del paciente por el SS donde tuvo el incidente, quienes están involucrados y quien lo notificó. Los ***factores/peligros contribuyentes*** son las circunstancias, acciones o influencias que puedan haber influido en el origen o el desarrollo de un incidente o que aumentan el riesgo de que se produzca. Los ***resultados para la organización*** se refieren a las consecuencias para la organización total o parcial atribuibles a un incidente. La relación que existe entre ***tipo de incidente*** **y los** ***factores contribuyentes*** **es compleja**. Según el contexto, la circunstancia o el resultado, o el propio incidente o circunstancia puede ser captado como un incidente o un factor contribuyente Estas cuatro clases dan cuenta de la información descriptiva adecuada que confiere al contexto del incidente (World Health Organization 2009).

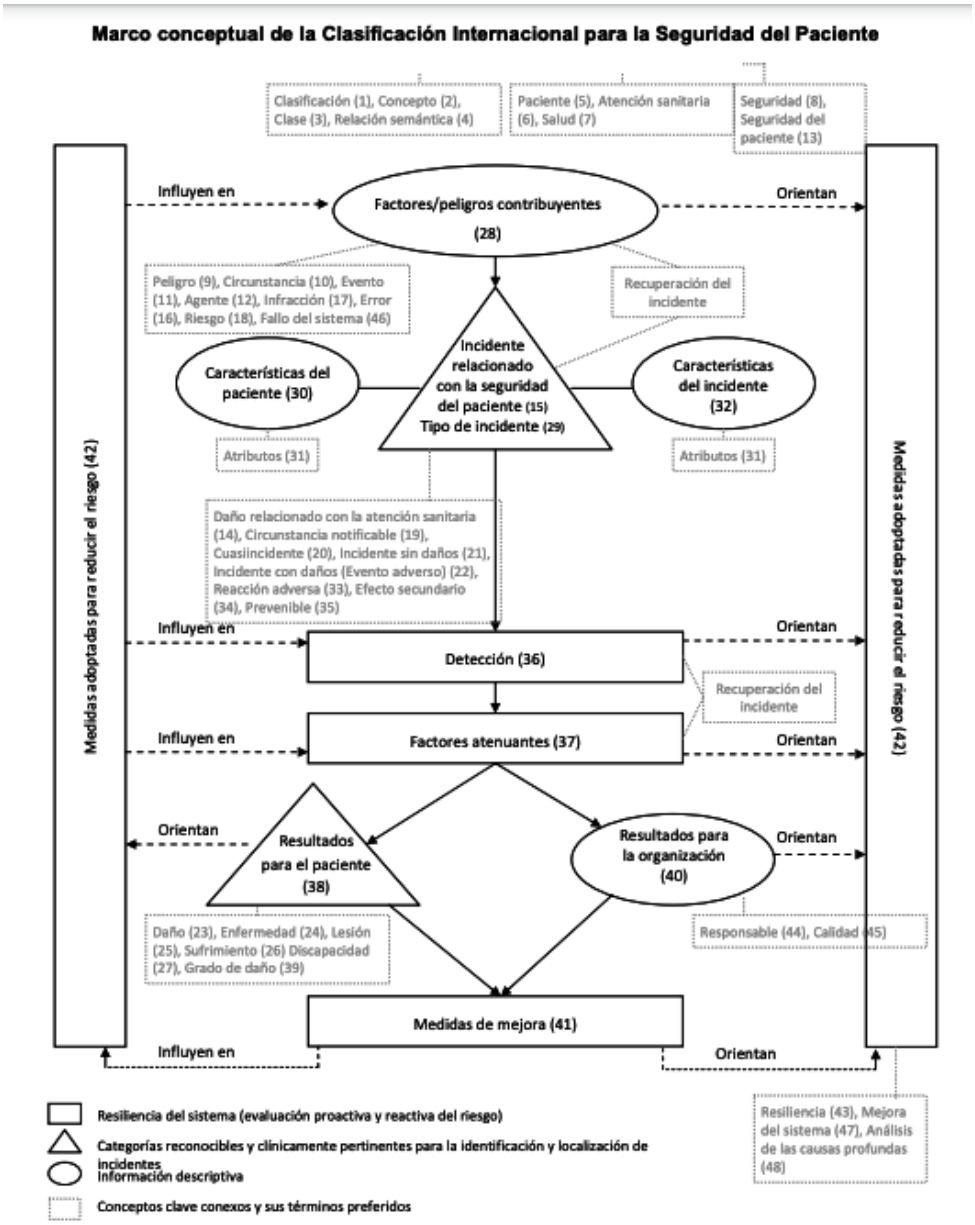
Un incidente se acompaña siempre de una serie de factores contribuyentes. A pesar de que un incidente puede ser un factor que contribuya a la aparición o al desarrollo de otro incidente, algunos factores contribuyentes no pueden ser incidentes en sí mismo. Las siguientes cuatro clases que vamos nombrar dan cuenta de información relacionada con la prevención, la recuperación del incidente y la resiliencia del sistema (World Health Organization 2009).

4.3.3. Detección y factores atenuantes

La ***detección y los factores atenuantes*** representan la prevención del incidente, lo que sería la prevención secundaria. Las ***medidas de mejora*** son las utilizadas en la fase de rescate de la recuperación del incidente, es decir, la prevención terciaria. Las ***medidas tomadas para reducir el riesgo*** representan el aprendizaje colectivo basado en la información clasificada en las diez clases e imprescindible para lograr la mejora del sistema, la reducción del riesgo y la mejor de la atención al paciente.

A todo esto, se le suma la definición de 48 conceptos clave a los que se les asignan unos términos preferidos para favorecer la compresión y transferencia de la información relacionada con la SP. Algunos de estos conceptos son: Clasificación, paciente, circunstancia, evento, peligro, Seguridad del Paciente, Error, Riesgo… (World Health Organization 2009).

Figura 3. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Conceptos calve.



Fuente: (World Health Organization 2009)

Con las diez clases superiores del marco conceptual de la CISP y las definiciones de los 48 conceptos claves, tenemos la herramienta que nos permite la categorización de la información de la SP por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos. Podemos decir que la CSIP pretende hacernos entender de manera razonable el mundo de la seguridad del paciente y nos ofrece un método de organización de los datos y la información, sobre seguridad del paciente, muy necesario que permitirá agregarlos y analizarlos (World Health Organization 2009).

4.4 Principales estudios nacionales de seguridad del paciente

Dos de los estudios que dedicaron sus esfuerzos a conocer con más exactitud la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial en hospitales españoles han sido el ENEAS, promovido por MSSSI, el estudio APEAS (atención primaria) y el estudio EVADUR, desarrollado por la Sociedad Española de Medicina en Urgencias y Emergencias, que ha aportado también información en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Por el ámbito a tratar en el trabajo a continuación se resumen alguno datos básicos del estudio ENEAS y EVADUR (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2015).

4.4.1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS.

Se publicó en el año 2006 y es el estudio más reciente de todos los estudios sobre la seguridad del paciente en España. Es un estudio de cohortes retrospectivo con diferentes objetivos generales y específicos:

- **Generales**:
  - La determinación de la incidencia de Efectos Adversos (EAs) y de pacientes con EA en los hospitales de España.
  - Establecer la proporción de EAs que se producen en el periodo de prehospitalización.
  - La descripción de las causas inmediatas del EA.
  - Definir los EAs evitables.
  - Conocer el impacto de los EAs en términos de incapacidad, exitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.
- **Específicos**:
  - Valorar la incidencia de efectos adversos, accidentes imprevistos que producen lesión, incapacidad en el paciente o 5. incremento de la estancia, derivados de la asistencia sanitaria, y recogidos en la historia clínica en los hospitales españoles.
  - Cuantificar la proporción de efectos adversos, accidentes imprevistos que producen lesión, incapacidad en el paciente o incremento de la estancia, derivados de la asistencia sanitaria y que ocurren en el periodo previo a la hospitalización en hospitales españoles y que se recojan en la historia clínica del paciente.
  - Describir las causas inmediatas que ocasionan el EA mediante la revisión de la historia clínica.
  - Evaluar la evitabilidad de los EAs mediante el juicio experto de los evaluadores.
  - Estimar el impacto de los EAs en términos de incapacidad, exitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria, de acuerdo con el criterio clínico de los evaluadores

Con una muestra de 24 hospitales (6 pequeños, 13 medianos y 5 grandes) donde se escogen a los pacientes ingresados cuya hospitalización sea superior a 24 y sean dados de alta en 1 semana (del 4 al 10 de junio de 2005). Se estimaron 451 altas en hospitales de tamaño pequeño, 2.885 altas en hospitales de tamaño mediano y 2.288 altas en hospitales de tamaño grande; para obtener así un total de 5.624 historias clínicas.

Se realizó un seguimiento de todos los días de estancia del proceso de hospitalización que ocasionó cada uno de los pacientes, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, para identificar los efectos adversos ocurridos en ese periodo de hospitalización, o aquellos derivados de una hospitalización previa en el mismo hospital, o consecuencia de la asistencia sanitaria recibida previamente en el periodo de prehospitalización y referidos en ese ingreso.

De los 5.624 pacientes, 1.755 (32%) fueron cribados como posibles EAs y 3.869 fueron descartados, por no cumplir ninguna de las alertas de la guía de cribado. Al revisar los pacientes cribados positivos, se encontraron 501 falsos positivos (no se identificó ni EA ni incidente tras cumplimentar el MRF2) y 191 pacientes que sólo presentaban incidentes. Con 1.063 pacientes con EA un 9,3% (525/5.624) de estos pacientes presento EAs relacionados con la asistencia sanitaria y un 8’4% (473/5.624) presentó EAs relacionados con asistencia hospitalaria. De estos 8’4% de EAs el 42,8% se consideraron evitables. Recopilando todas las EAs, hubo un total de 655. El 45% (295 EAs) se consideraron leves, el 39% (255 EAs) moderados y el 16% (105 EAs) graves. El 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EAs y un 25,0% estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006)

4.4.2. Eventos Adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles EVADUR

Los Servicios de Urgencias (SU) son un elemento esencial del sistema sanitario ya que presta atención los 365 días del año durante las 24h que dura un día. Su alta demanda hace que no esté exento de un alto riesgo de EA. EVADUR nace de la necesidad de cuantificar los incidentes o EAs de pacientes relacionados con la asistencia urgente para mejorar y proporcionar una seguridad al paciente de calidad.

Los tres principales objetivos de este estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y multicéntrico son los de analizar la incidencia de EA y sus características en términos de causas, evitabilidad y consecuencias, en pacientes visitados en SU de hospitales españoles. Conocer la proporción de visitas realizas a los SU motivadas por EA derivadas de asistencias previas hospitalarias y no hospitalarias (EA por episodio previo). Conocer el valor predictivo de las herramientas de cribaje aplicadas a los SU.

El método se centró en el estudio de 21 SU españoles durante 7 días diferentes entre octubre y diciembre de 2009 y se siguió durante 24h la asistencia en pacientes seleccionados aleatoriamente, y registraron los EA y sus características. También se realizó un seguimiento posterior a los 7 días del alta por posibles apariciones de EA tardíos.

Entraron en el estudio 3.854 pacientes y 463 (12%) de ellos presentaron al menos 1 incidente o EA: 44 EA (1,1%) no llegaron al paciente, 184 (4'8%) llegaron, pero no produjeron daño y 277 (7`2%) fueron incidentes con daño. Una suma de 217 (43%) incidentes y/o EA se detectaron en el seguimiento. Se halló una relación significativa entre factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos y la manifestación de un EA. En un 54'8% la atención sanitaria no se vio afectada. Se estimó que eran evitables un 70% de los EA y la evidencia de fallo de actuación en un 54'6% de EA. La mortalidad que se relacionó con el EA fue del 0,05%. En el informe asistencial solo constaban el 17% de todos los incidentes y EA. Las urgencias debidas a un EA fueron un 7,5% de las visitas. Los efectos producidos por el proceso, medicación y procedimientos fueron los más frecuentes, mientras que las causas más involucradas fueron las relacionadas con los cuidados, medicación, diagnóstico y comunicación, que se consideraron factores de riesgo independientes.

Las conclusiones del estudio fueron que un 12% de los usuarios visitados en SU padecen algún tipo de incidente o EA. Es recomendable establecer medidas en el seguimiento para la prevención de que surjan EA ya que los EA en SU tienen una evitabilidad del 70%. (Tomás et al. 2010)

4.5 Estrategias para la prevención de eventos adversos.

Dado que disponemos, en nuestro país, de estudios que cuantifican los incidentes o EA producidos en hospitales y SU, y ponen en evidencia las debilidades de los prestadores de servicios y los problemas del SNS, la alternativa es la promoción continua y permanente respecto a la cultura del paciente y su implementación en todos los niveles del ámbito sanitario. (World Health Organization 2009)(Organización Panamericana de la Salud and Organización Mundial de la Salud 2015).

Siguiendo la CISP, el concepto de medidas adoptadas para reducir el daño son aquellas acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar el daño asociado a un incidente o la probabilidad de que se produzca (World Health Organization 2009). En el SNS el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, que se desarrolló en 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas. Desde el MSSSI se incide en la necesidad de implantar una estrategia que gira en torno a la cultura de la seguridad del paciente. La estrategia nacional integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones (Ministerio De Sanidad Servicios Sociales e Igualdad 2015).

Los objetivos de la estrategia nacional, inicialmente, se encaminaron a mejorar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo, formar a los profesionales y pacientes en aspectos básicos de la SP, implementar practicas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos (Ministerio De Sanidad Servicios Sociales e Igualdad 2015).

Tras diez años de evolución, se plantea una nueva actualización para 2015-2020, con el objetivo de tener una herramienta que agrupe todo lo realizado anteriormente y facilite la conexión, y toma de decisiones consensuadas en torno a la SP en el SNS para este nuevo período de tiempo. Esta actualización trae las líneas estratégicas que habían previamente (1.Mejorar la cultura SP, factores humanos y organizativos, 2.Prácticas clínicas seguras, 3.Gestión del Riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes, 4.La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad, 5.Investigación en seguridad del paciente, 6.Participación internacional) y recoge las recomendaciones internacionales actuales en cuanto a la SP, incorpora logros y mejoras alcanzadas, propone objetivos y recomendaciones a partir de mejores evidencias disponibles y propone el desarrollo de un sistema de evaluación consensuado con las CCAA, que facilitará medir de una forma estándar el alcance de esta nueva estrategia (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2015).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud español contempla en su Capítulo VI, Sección I, artículo 61, el desarrollo de Planes de Calidad del Sistema Nacional de Salud y junto a que el presidente del Gobierno en su discurso de investidura se comprometió en presentar el Plan de Calidad para el SN, aparece en 2006 el primer Plan de Calidad que en 2010 se actualizó. Cabe recordar que el SNS se caracteriza por su amplia descentralización acordada en 2002, a partir del cual las CCAA disponen de las competencias sanitarias para que los servicios sanitarios públicos se orienten a las necesidades de sus ciudadanos, de los pacientes y usuarios, permitiendo que se ajusten estas necesidades a la peculiaridad específica de cada territorio (Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad 2006).

Este Plan de Calidad del SNS está orientado hacia la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. Apoya al profesional sanitario en el fomento de la excelencia clínica y también en la integración de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2010).

Para que el Plan de Calidad del SNS se lleve a cabo, este es derivado a las sociedades científicas de Calidad Asistencial de cada CCAA que se comprometido en poner en marcha una serie de iniciativas, instrumentos y medidas para que las lleven a cabo organizaciones y profesionales, y así, ayuden u orienten a la implementación de acciones de mejora y su evaluación, con la finalidad de obtener centros y procesos asistenciales más seguro (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial 2012).

Estas iniciativas, llamadas buenas practicas, varían en función de las necesidades de CCAA, las de Catalunya son: Prevenir las infecciones, errores en la identificación del paciente, errores de medicación, errores en los procedimientos y úlceras por presión (UPP). Las organizaciones públicas de Catalunya se encargan de formar, mediante cursos, a los profesionales en materia de SP y llevarlas a cabo en su lugar de trabajo (Generalitat de Catalunya 2020).

Y es aquí donde entra el segundo fundamento de la seguridad asistencial “La Teoría del Error de Reason” ya que el primer fundamento, la calidad asistencial, se encarga de proporcionarla la institución sanitaria a sus pacientes por medio de sus equipos profesionales que son formados en calidad asistencial por su institución o CCAA. Pero estos profesionales, que su unidad de trabajo es o gira en torno al paciente, deben de cumplir el principio “Primum Non Nocere” (Rocco and Garrido 2017).

“Primum Non Nocere” es el principio básico que debe de asumir cada profesional porque cada sujeto competente y responsable que tiene como primicia en su actuación no provocar daño pero la “Teoria del Error de Reason” asume que el ser humano es falible, por lo que aunque se esfuerce por evitarlos, los errores seguirán ocurriendo, por lo que es preciso que se rediseñen procesos para hacerlos mucho más fuertes frente a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interpretación precoz de los errores.(Rocco and Garrido 2017).

4.6 Enfermería y Seguridad del paciente

Enfermería es una ciencia sometida a un cambio constante, que va desarrollando nuevos campos de acción en función de la demanda social, avances científicos y complejas tecnologías, que obligan al equipo de enfermería a estar continuamente informado y a mejorar en todos los ámbitos en los que se ejerce esta profesión (ENA (Emergency Nurses Association) and Proehl 2001).

En el proceso de atención de la salud la participación de enfermería se convierte en una fase donde el compromiso de estos profesionales con el cuidado para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades y participar en la rehabilitación de las personas hace que tengan que desarrollar actitudes y valores acordes con su misión. Es necesario que enfermería sea una profesión con raíces humanistas, preocupada por las personas que confían en su cuidado y preocupada por los accidentes o lesiones que puede causar por la atención que presta. Y por todo ello, se deben de prestar servicios eficaces y satisfactorios que garanticen una atención de calidad (Sierra Pabón and Pinzón Basto 2015).

El personal de enfermería puede llegar a trabajar en diversos ambientes de trabajo a nivel asistencial a lo largo de su carrera profesional. A esto se le llama rotación del personal y se utiliza para cubrir las necesidades asistenciales que van surgiendo en una institución sanitaria. También encontramos los casos donde las enfermeras entran y salen de diferentes instituciones sanitarias ya que depende de su necesidad, se contratan o se despiden. Cada lugar de trabajo aporta unos conocimientos y experiencias a la enfermera en cuestión. Algunos servicios requieren cuidados de mayor complejidad según las necesidades que demande el paciente.

Uno de los factores que causa insatisfacción laboral en el personal de enfermería es el cambio constante de rotación por los diferentes servicios de la institución donde trabajan (Rodríguez et

al. 2014), esto se considera un problema de singular magnitud cuyo impacto afecta a la dinámica del profesional, del servicio y usuario. Si nos centramos en quien lo sufre, tendremos alteraciones en la salud física y mental que pueden llegar a mostrarse en su lugar de trabajo. Esta rotación del personal puede influir y alterar en la calidad de los cuidados prestados por enfermería y llegar a producirse EA con más facilidad (Cifuentes Hernández 2018).

4.7 Cultura de seguridad del paciente y la práctica enfermera.

El cuidado de enfermería debe garantizar cuidados de calidad a los pacientes. Estos cuidados, han sido descritos como «la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente», «de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable» e implican diversos componentes como físicos, financieros, tecnológicos y humanos (Luengo-Martínez and Sanhueza 2016). Hay que añadir la condición impostergable del cuidado, y esto es por la proximidad, permanencia, continuidad y contingencia que caracterizan esta profesión, y que pretende con esta condición, prestar el cuidado de enfermería cuando se necesite y en el momento que sea (Malvárez 2006).

Es necesario un cambio de cultura sobre el error sanitario, porque si logramos pasar de una cultura punitiva, que busca quién es el culpable, que lo avergüenza y castiga, hacia una cultura en la que se ponga el principal foco en qué, cuándo, dónde, por qué y cómo, solo así se podrá llegar al fondo del problema y evitar o disminuir las posibilidades de daño a los usuarios (Subcomité de Seguridad del Paciente 2016).

Los errores no se deben ocultar, sino todo lo contrario, se deben registrar y estudiar porque se producen, solo así conseguiremos un cambio cultural sobre la seguridad del paciente y es que, equivocarse es humano, pero si algo positivo tiene el error es la oportunidad de aprender y de rectificar (Subcomité de Seguridad del Paciente 2016).

5. OBJETIVOS

5.1 General

Revisión bibliográfica sobre la tipología de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y de las estrategias para prevenirlos.

5.1.2 Específicos

- Conocer la prevalencia y los tipos de eventos adversos en los diferentes servicios hospitalarios.
- Describir las estrategias para la prevención de eventos adversos y otros proyectos de seguridad del paciente relacionados con la práctica enfermera.
- Estudiar la relación entre los problemas de comunicación y los incidentes o eventos adversos en los centros sanitarios.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

El estudio que se ha realizado incluye una revisión bibliográfica integrativa, durante un período de tiempo que transcurre desde diciembre de 2020 a febrero de 2021, de artículos que estudian la tipología de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y. las estrategias para prevenirlos en los hospitales.

.

Estrategias de búsqueda

Las cuatro bases utilizadas para realizar la búsqueda de los artículos necesarios en este trabajo son PubMed, Cinahl, Scopus y Dialnet. En estas bases de datos se aplicaron también unos términos de búsqueda específicos, términos se obtuvieron a partir de los tesauros o descriptores DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), o como términos libres. Estos términos se combinaron con los operadores booleanos "AND", "NOT" Y "OR" para poder hacer las uniones deseadas de las búsquedas.

Tabla 1. Términos de búsqueda específicos

Términos libres	***Términos libres en ingles***	***DeCS***	***MeSH***
Seguridad del Paciente	Patient Safety	Seguridad del paciente	**Patient Safety**
Hospital	Hospital	Hospital	**Hospital**
Enfermería	Nursing	Enfermería	**Nursing**
Enfermera	Nurse	Enfermera	**Nurse**
Enfermeras	Nurses	Enfermeras	**Nurses**
Eventos Adversos	Adverse events	Eventos Adversos	**Adverse events**
Servicio de Urgencias y Emergencias	Emergency Department	Servicio de Urgencias y Emergencias	**Emergency Department**
Incidente	Incident	Incidente	**Incident**
Error de Medicación	Medication Error	Error de Medicación	**Medication Error**

Fuente. Elaboración propia

Los artículos elegidos se sometieron a unos criterios de calidad según el manual de Joanna Briggs Institute (JBI), representados en la TABLA Nº4 Evaluación de calidad metodológica.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1 Criterios de inclusión

- Tipo de artículos: Artículos relacionados con EA de cualquier causa donde hubo participación enfermera siendo prescindible que se hayan producido en un servicio hospitalario cualquiera o en un servicio de urgencias hospitalario.
- Artículos con el texto completo disponible.
- Área Temática: Enfermería
- Fecha de Publicación: Artículos publicados en los 10 últimos años.
- Idioma: español e inglés.

6.3.2 Criterios de exclusión

- Artículos que no pertenecieran a la categoría de enfermería o relacionada con ella.
- Artículos que no concedían el acceso gratuito al texto completo.
- Ningún tipo de revisión bibliográfica.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda

BASES DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS
PUBMED	NURSE [MeSH Terms]) AND (PATIENT SAFETY [MeSH Terms]) AND (MEDICATION [MeSH Terms])	Fecha de publicación: últimos 10 años Texto disponible Idioma: inglés y español	**8**
CINAHL	MEDICATION ERRORS [MeSH Terms]) AND (NURSE OR NURSES OR NURSING [MeSH Terms]) AND (EMERGENCY DEPARTMENT [MeSH Terms])	Fecha de publicación: del 2010 al 2020 Texto disponible Idioma: inglés y español	**3**
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (nurse) AND TITLE-ABS-KEY (incident) AND TITLE-ABS-KEY (hospital) AND TITLE-ABS-KEY (medication AND errors) AND TITLE-ABS-KEY (patient AND safety) AND NOT TITLE-ABS-KEY (emergency AND department)	Fecha de publicación: del 2010 al 2020 Texto Disponible Área temática enfermería Idioma: inglés y español	**9**
DIALNET	MEDICATION ERROR AND PATIENT SAFETY AND NURSE AND ADVERSE EVENTS	Fecha de publicación: del 2010 al 2019 Tipo de documento: Artículos Idioma: inglés, español y portugués	**8**

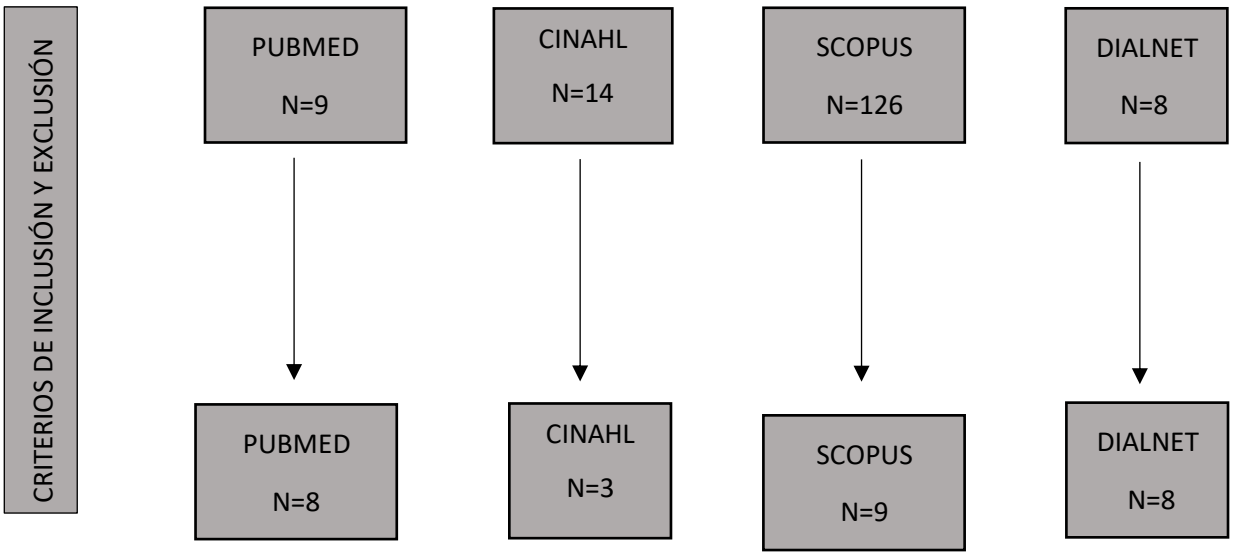
7. RESULTADOS

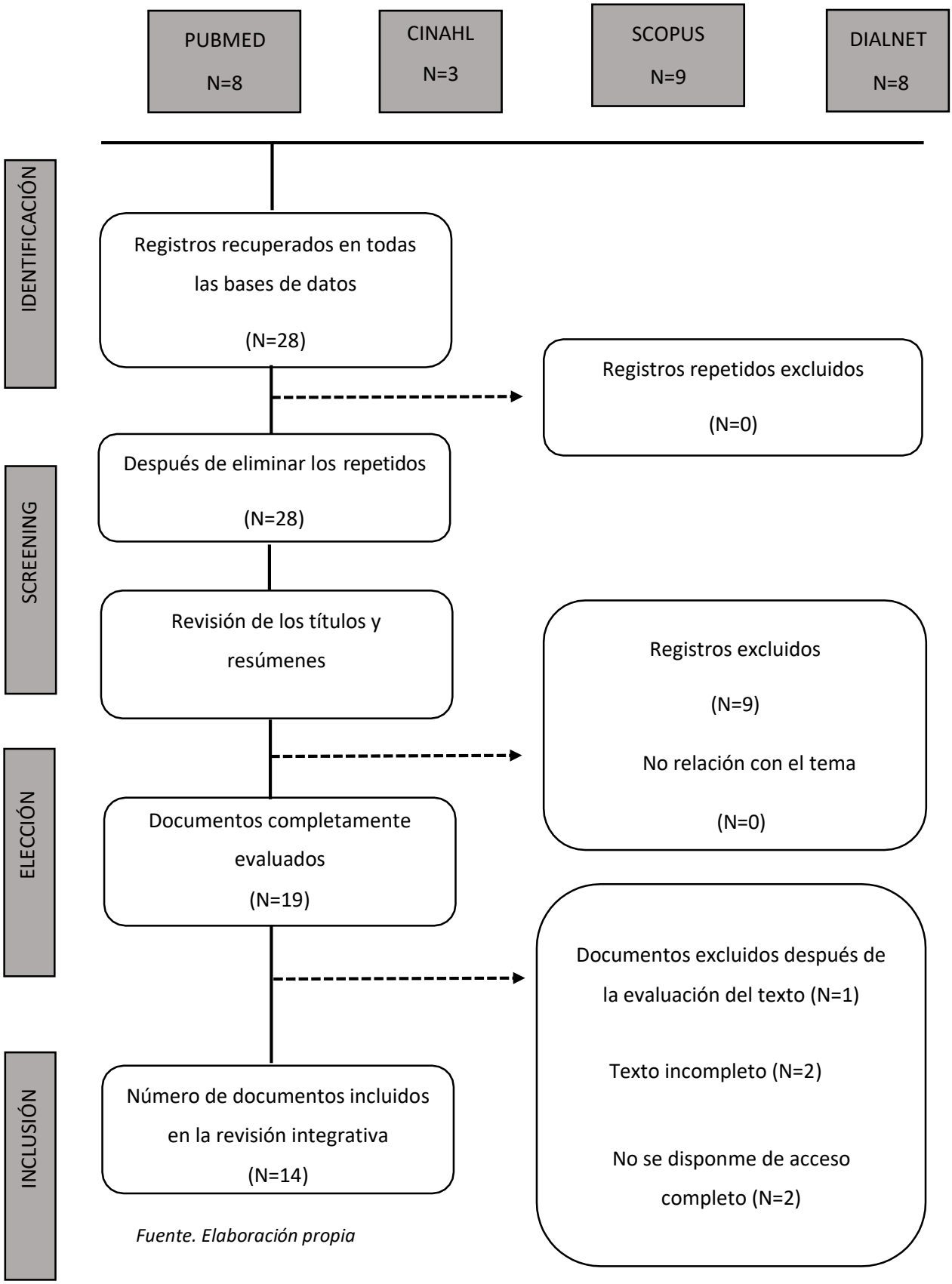
Dado que el tema de SP está muy extendido por las bases de datos, decidimos hacer una primera búsqueda que acotara el número de artículos encontrados. Explicado esto, la primera búsqueda que se realizó en cada base de datos fue con la correspondiente ecuación de búsqueda citada en la *Tabla 2. Estrategias de búsqueda* encontrando un total de 157 artículos sin aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se encontraron 28 documentos en las 4 bases de datos citadas anteriormente: PubMed, Cinahl, Scopus y Dialnet (*Figura 4. Selección de artículos con criterios de exclusión e inclusión*). Más tarde, se llevó a cabo una lectura de los títulos para eliminar las revisiones bibliográficas y los documentos que contenían un título que no se ajustaban a la pregunta de investigación y los objetivos elegidos. A raíz de esto, se descartaron 9 documentos, eligiendo 19 documentos. Seguidamente, el procedimiento que se siguió fue una lectura exhaustiva de los 19 documentos para confirmar que documentos respondían la pregunta de investigación y contenían los objetivos elegidos. Finalmente, se descartaron 5 por no cumplir los criterios de inclusión y quedaron 14 artículos para el análisis (*Figura 5. Diagrama de flujo de la selección de artículos*). Por último, verificamos que estos documentos presentan un índice alto de calidad, representados en la *Tabla 4. Representación de la calidad de los artículos*

En la *Tabla 3. Descripción de artículos encontrados,* se encuentra un resumen de los aspectos más fundamentales de los 14 artículos seleccionados.

Figura 4. Selección de artículos con criterios de exclusión e inclusión





Fuente. Elaboración propia

Tabla 3. Descripción de artículos encontrados

Autor/Título	Objetivo	Diseño /Muestra	Cuestionario/Intervención	Conclusión
Incidentes relacionados con la medicación en 19 hospitales: un estudio de registro retrospectivo utilizando informes de incidentes. (Cottell, Wätterbjörk, and Hälleberg Nyman 2020) **País: Suecia**	Examinar cuando ocurren los incidentes de medicación y que tipo es más frecuente. Examinar las consecuencias para los pacientes. Examinar las percepciones sobre las causas de los que reportan los incidentes. Examinar que categorías profesionales reportan los incidentes.	Estudio descriptivo. 775 informes de incidentes con la medicación en 19 hospitales suecos durante 2016-2017. Para establecer el tercer objetivo se escogieron 128 informes de incidentes.	Se clasificaron y analizaron estadísticamente los incidentes. Las causas percibidas de los incidentes se analizaron mediante análisis de contenido.	El mayor número de incidentes se produjeron en la administración y la prescripción en la misma proporción. Los errores de medicación más comunes notificados son los que no causan daño al paciente o no se llega a producir el error. En el caso de la notificación de errores graves de medicación encontramos que se reportan poco, si esto aumentara mejoraría la prevención. En cuanto a la notificación de errores de medicación el grupo que más reporta es enfermería, comunicando sus propios errores y los de los demás, ya sean enfermera o médicos. Se detectó que, a menos formación, habilidades, conocimientos, comunicación, falta de protocolos y un entorno laboral desfavorable, se producen más errores de medicación.

Actuaciones de seguridad en la prescripción, uso y administración de medicamentos en unidades de urgencias. (Santos, Rocha, and Sampaio 2019) **País: Portugal**	Identificar los riesgos e incidentes relacionados con las terapias farmacológicas en una Unidad de Atención de Emergencias (UPA).	Investigación cualitativa. 33 profesionales sanitarios.	La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas y grupos focales.	El estudio permitió la implementación de acciones de seguridad del paciente relacionadas con la administración de fármacos, ofreciendo una mayor calidad de atención.
Problemas de comunicación que contribuyen a los incidentes de medicación: análisis de métodos mixtos de los informes de incidentes de los hospitales utilizando frases	Identificar los tipos y frecuencias de problemas de comunicación detectados en los informes de incidentes de medicación y comparar los problemas de comunicación que causaron daños moderados o graves a los pacientes.	Estudio mixto. Se utilizaron como fuente de datos los 500 informes de Finlandia del año 2015 y los problemas detectados fueron analizados cualitativamente considerando el daño al paciente.	Se utilizaron frases indicadoras para buscar problemas de comunicación en textos libres de informes de incidentes. Se identificaron categorías a partir de los problemas detectados utilizando las pautas de 21 ítems de los Estándares para Informes de Investigación Cualitativa (SRQR) de EQUATOR.	Las intervenciones deben priorizarse para mejorar la comunicación sobre procesos de trabajo, comunicación verbal sobre prescripciones digitales entre profesionales, retroalimentación entre profesionales y incentivar a los pacientes a comunicarse sobre la medicación. Se requieren estudios futuros que desarrollen instrumentos para medir los problemas de comunicación en relación con los incidentes de medicación.

indicadoras basadas en la literatura. (Syyrila, Vehviläinen-Julkunen, and Härkänen 2020) **País: Finlandia**				
Medicamentos potencialmente peligrosos: Identificación de riesgos y barreras para la prevención de errores en terapia intensiva. (dos Reis et al. 2018) **País: Brasil**	Investigar el conocimiento de los profesionales de enfermería y farmacéuticos en relación con la identificación de medicamentos potencialmente peligrosos, así como el reconocimiento de error barreras de prevención en su uso en instituciones hospitalarias.	Estudio cualitativo. Se realizaron encuestas en unidades de cuidados intensivos de 4 hospitales.	Se recopilaron los datos mediante un cuestionario elaborado y validado con base en la información proporcionada por el Instituto de Prácticas Seguras en el Uso de Drogas. Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales versión 22.0 y el test de Kruskal-Wallis.	Este estudio señaló sesgos importantes en el reconocimiento de medicamentos potencialmente peligrosos (MPP) y la importancia de las barreras para prevenir incidentes. No se observaron diferencias estadísticas significativas en las respuestas de las diferentes categorías profesionales con respecto a la identificación de MPP. El estudio propone acciones preventivas para reducir el riesgo de producir errores en la administración de MPP.
Comunicación de medicamentos entre	Examinar la forma de comunicarse enfermeras y médicos para el manejo de medicamentos en	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuras, observaciones y grupos	Los datos se trascribieron palabra por palabra y se analizaron temáticamente utilizando el Modelo de	La colaboración entre enfermeras y médicos involucra relaciones complejas y simbióticas. Su dedicación a brindar seguridad con la terapia

enfermeras y médicos para cuidados agudos pediátricos: un estudio etnográfico. (Borrott et al. 2017) **País: Australia**	entornos pediátricos hospitalarios.	focales en tres áreas clínicas de un pediatra terciario australiano.	comunicación de medicamentos.	medicamentosa a pacientes pediátricos facilitó la eficaz administración de medicamentos. Si existe una mejor comunicación entre profesionales de distinta categoría, mejora la organización y, por tanto, mejora la práctica clínica, garantizando la seguridad del paciente.
Incidentes de seguridad del paciente y carga de trabajo de enfermería. (Carlesi et al. 2017) **País: Chile**	Identificar la relación entre la carga de trabajo del equipo de enfermería y la ocurrencia de incidentes vinculados a la atención de enfermería en un hospital público en Chile.	Estudio cuantitativo, se revisaron las historias clínicas (HC). Se analizaron 879 HC post alta y la carga de trabajo de 85 enfermeros y 157 auxiliares de enfermería.	La estimación de la carga de trabajo en cuidados intermedios se realizó mediante el Sistema de Puntuación de Intervenciones Terapéuticas (TISS-28) y para los demás servicios se utilizó mediante la ratio enfermera/paciente y auxiliar de enfermería/paciente.	Este articulo plantea la necesidad de modelos de atención que incluya la determinación de tiempo-necesidad de cada paciente, considerando las demandas de atención, etapas de vida, contingencias estacionales y complejidad de las actividades ofrecidas por enfermería.
Análisis prospectivo de riesgo del proceso de administración de medicamentos.	Analizar los riesgos potenciales involucrados en el proceso de administración de antiinfecciosos intravenosos en una clínica médica de un	Estudio cuantitativo. Un equipo, involucrado en el tratamiento médico, compuesto por: médico, auxiliar de enfermería,	Los datos se transcribieron a una base de datos electrónica dentro de Microsoft Excel® y se utilizó software Xfmea4. La intervención fue la creación de un grupo multidisciplinar	El estudio identificó riesgos potenciales para los pacientes y recomendó acciones proactivas en la seguridad en el proceso de la administración de los medicamentos.

(Silva and Cassiani 2013) **País: Brasil**	hospital en el Estado de Goiás., utilizando el Análisis de Modo de Falla y Efecto.	farmacéutico, enfermero y gestor de riesgos. Se realizaron un total de 24 reuniones por un total de 56h.	formado por profesionales de diferentes categorías que buscan la mejora de la calidad del servicio mediante actitudes proactivas.	Este artículo promueve la implementación de protocolos estandarizados para mejorar la organización y reducir los eventos adversos.
Disposición de las enfermeras a informar sobre errores en la administración de medicamentos en Arabia Saudita. (Almutary and Lewis 2012) **País: Arabia Saudí**	Examinar la probabilidad de que las enfermeras reporten errores en la administración de un medicamento cuando trabajan en Arabia Saudita. Identificar las barreras potenciales en la presentación de informes de errores de medicamentos.	Estudio descriptivo. Este estudio examinó la probabilidad de que las enfermeras registradas (RN) reporten MAE cuando trabajan en Arabia Saudita.	El cuestionario se desarrolló después de analizar varios estudios que examinaron la voluntad de las enfermeras a informar MAE utilizando el Informe de errores de administración de medicamentos.	Existe una correlación negativa en cuanto al nivel de educación y el número de errores comunicados. El estudio plantea crear nuevos sistemas de notificación de MAE más efectivos.
Los errores de tratamiento en una unidad neonatal, uno de los principales	Dar a conocer la incidencia de errores de medicación (EM) notificados en la unidad neonatal, así como sus características y posibles causas. También se	Estudio descriptivo, se analizaron los EM en un servicio de neonatología durante 7 años. Se notificaron 511 errores de medicación (EM).	Se creó un sistema de declaración de acontecimiento adverso (AA) voluntario y anónimo. A medida que se recogieron los AA notificados, se analizaron y	La comparación de diversos estudios, incluido este estudio, afirman, que los errores de medicación son la causa más frecuente de efectos adversos.

acontecimientos adversos. (Esqué Ruiz et al. 2016) **País: España**	expone una relación de las estrategias llevadas a cabo incentivar la prevención.		establecieron medidas de prevención. Para facilitar su estudio, se introdujeron en una base de datos Microsoft Office Access 2003, clasificándolos como problemas de identificación, de diagnóstico, de tratamiento (por medicamentos u otros), de procedimientos (diagnósticos y terapéuticos) y de equipos y dispositivos.	Se afirma que, a mayores errores de medicación, menos calidad de los cuidados se proporcionarán. Es por eso, que propone la creación de protocolos y formación estandarizada.
Análisis del registro de un sistema de notificación de incidentes en una unidad de cuidados críticos. (Murillo-Pérez et al. 2016) **País: España**	Analizar los incidentes comunicados a través de un sistema de notificación y registro en una unidad de cuidados críticos.	Estudio descriptivo. Fue llevado a cabo entre enero de 2007 a diciembre de 2013 en la unidad de cuidados críticos de pacientes adultos con trauma grave en la que se comunicaron 275 incidentes.	Las variables del estudio fueron: tipo y clase de incidente, profesional que notifica y sugerencias de medidas de mejora. Se realizó un análisis de los registros de incidentes comunicados de manera anónima y voluntaria.	Los eventos adversos son los incidentes que más se comunican. Los sucesos relacionados con la administración de medicación son los más frecuentes, aunque la mayoría no causan daño. Las enfermeras y los médicos comunican incidentes con similar frecuencia. Destaca la baja notificación de incidentes a pesar de ser un sistema anónimo y voluntario, por ello, se sugiere estudiar medidas para aumentar el grado de comunicación.

Los incidentes relacionados con la terapia de medicamentos: la percepción en los profesionales de enfermería. (Luis Arboit et al. 2018) **País: Brasil**	Analizar las percepciones y experiencias de profesionales de enfermería que trabajan en una unidad de terapia intensiva, sobre la ocurrencia de incidentes relacionados a la administración de medicamentos.	Estudio mixto. Metodología descriptiva y exploratoria, con un enfoque cualitativo realizado en un hospital del Sur de Brasil. Se entrevistaron a 15 profesionales de enfermería.	Se recogieron los datos entre febrero y octubre de 2014, por medio de una entrevista estructurada, y los datos fueron sometidos a un Análisis Telemático.	Se detecta que una sobre carga de trabajo, falta de atención y poco conocimiento son factores que potencian la aparición de errores. Ante la falta de existencia de protocolos para actuar cuando ocurre un error, se propone estrategias para promover la cultura de seguridad y, así, aumentar la calidad de los cuidados.
La colaboración entre enfermeras y farmacéuticos sobre la conciliación de la medicación evita posibles daños. (Feldman et al. 2012) **País: EE. UU.**	Explorar si un proceso de conciliación de medicamentos dirigido por enfermeras y farmacéuticos de fácil replicación podría prevenir de manera eficiente y económica los efectos adversos.	Estudio cualitativo. La muestra de este estudio son 563 pacientes.	Los datos se recogieron mediante entrevistas. El método de recogida fue gracias a las enfermeras que recopilaron la información de los 563 pacientes en un hospital de tención terciaria de 1000 camas.	Los errores en la medicación ocurrieron con frecuencia tanto al ingreso como al alta. Una colaboración entre enfermeras y farmacéuticos permitió evitar errores antes de causar daños potenciales. La colaboración fue eficiente y rentable, y el proceso mejora la seguridad del paciente.
La racionalización del proceso de	Se realizaron diferentes intervenciones para optimizar el proceso de	Estudio cuantitativo	Se midieron ocho tipos de errores mediante una revisión prospectiva de historias clínicas	La seguridad del proceso de medicación mejoró en la UCI mediante la eliminación de la transcripción en

medicación mejora la seguridad en la unidad de cuidados intensivos. (Benoit et al. 2012) **País: Dinamarca**	medicación en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de estas intervenciones en tipos de errores de medicación clínicamente significativos.	Se midieron ocho tipos de errores de medicación a lo largo de 85 días en la UCI de un hospital de tercer nivel.	antes y después de las intervenciones en la UCI. Se usó un diseño de series de tiempo interrumpido para controlar las tendencias seculares.	combinación con la formación de los profesionales contribuyendo a reducir los errores y aumentar la seguridad.
Errores en la administración de medicamentos en el departamento de emergencias. (Flynn, Barker, and Barker 2010) **País: EE. UU.**	Observar la administración de medicamentos de enfermeras para determinar la exactitud del proceso de distribución de medicamentos.	Estudio cualitativo. Observamos la preparación y administración de medicamentos en el servicio de urgencias de un hospital con 583 camas autorizadas que incluía un centro de trauma y tuvo más de 68,000 visitas en 2008	Se observaron 113 administración de dosis de medicamentos en 44 horas de observación y se detectaron 8 errores. La observación fue realizada por tres observadores certificados (dos farmacéuticos y una enfermera) para detectar errores en la administración de la medicación.	Se detecta que en los servicios de urgencias hospitalarias los errores de la administración de medicación fueron los más reportados, seguidos de los de la prescripción y la dispensación. Tras la realización de la observación de los profesionales asignados, se concluye que una revisión por parte de los farmacéuticos en los pedidos podía haber evitado la no autorización de administración de medicamentos, dosis incorrectas y errores de omisión.

Tabla 4. Representación de la calidad metodológica de los artículos.

Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research												
Preguntas Artículos	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	Índice de respuesta	%
(Santos et al. 2019)											9/10	90%
(dos Reis et al. 2018)											9/10	90%
(Borrott et al. 2017)											10/10	100%
(Flynn et al. 2010)											8/10	80%
(Syyrila et al. 2020)											8/10	80%
(Feldman et al. 2012)											8/10	80%

Fuente: (The Joanna Briggs Institute 2017a)

Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials															
Preguntas → Artículos	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	IR	%
(Cottell et al. 2020)														9/13	69 %
(Carlesi et al. 2017)														8/13	62 %
(Silva and Cassiani 2013)														9/13	69 %
(Almutary and Lewis 2012)														7/13	54 %
(Esqué Ruiz et al. 2016)														9/13	69 %
(Murillo-Pérez et al. 2016)														9/13	69 %
(Luis Arboit et al. 2018)														9/13	69 %
(Benoit et al. 2012)														8/13	62 %

Fuente: (The Joanna Briggs Institute 2017b) *SI* *NO* *NO APLICABLE*

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Junto al Inicio del siglo XXI surgió el concepto de seguridad del paciente, el cual ha ido cogiendo peso e importancia en las instituciones sanitarias como en las políticas de sanidad. Después de realizar la búsqueda de nuestro trabajo, se obtuvieron un total de 28 artículos relacionados con la seguridad del paciente y enfermería dentro de las instituciones sanitarias, que tratan de incidentes relacionados con la practica enfermera en los pacientes en diferentes servicios hospitalarios donde se reflejan las causas y los tipos más frecuentes, también contienen diferentes formas de comunicación de errores, estrategias planteadas para promocionar la SP y las prácticas seguras, y la asociación/relación que de los EA con la actuación ejercida por parte de los profesionales de enfermería.

De estos 28 artículos, siguiendo los criterios de inclusión se seleccionamos 14, ya que 9 eran revisiones bibliográficas, estudios médicos o propuesta de proyecto. Observamos que estos artículos provienen de 4 de los 5 continentes (Asia, América, Europa y Oceanía) lo que representa que la SP es un tema de preocupación mundial. En cuanto al objetivo general de este trabajo, consiste en comparar los tipos de eventos adversos en los pacientes en el servicio de urgencias y/o cualquier servicio hospitalario. También hemos considerado seleccionar diferentes objetivos específicos en base al objetivo general.

El primer objetivo específico es conocer la prevalencia y tipos de eventos adversos en los diferentes servicios hospitalarios (Carlesi et al. 2017; Cottell et al. 2020; Esqué Ruiz et al. 2016; Flynn et al. 2010; Silva and Cassiani 2013). El segundo objetivo específico es describir las estrategias para la promoción de la seguridad del paciente y prácticas seguras entre los profesionales de enfermería (Benoit et al. 2012; Esqué Ruiz et al. 2016; Feldman et al. 2012; Luis Arboit et al. 2018; dos Reis et al. 2018; Santos et al. 2019). El tercer y ultimo objetivo especifico es estudiar la relación entre la comunicación profesional y los incidentes o eventos adversos en los centros sanitarios (Almutary and Lewis 2012; Borrott et al. 2017; Cottell et al. 2020; Murillo-Pérez et al. 2016; Syyrila et al. 2020).

Si analizamos el tipo de estudio al que pertenecen, podemos diferenciarlos entre cuantitativos, cualitativos o mixtos. Los datos de los estudios cualitativos (Borrott et al. 2017; Feldman et al. 2012; Flynn et al. 2010; dos Reis et al. 2018; Santos et al. 2019) se obtuvieron mediante la observación, entrevistas estructuradas, encuestas o grupos focales. En cuanto a los estudios de tipo cuantitativo se puede diferenciar en dos tipos, estudios descriptivos y estudios donde se realiza una intervención aplicada. En los estudios descriptivos (Almutary and Lewis 2012; Cottell et al. 2020; Esqué Ruiz et al. 2016; Murillo-Pérez et al. 2016) se analizan los tipos de incidentes, la probabilidad de informar errores y la incidencia de EM. Y, en el segundo grupo (Benoit et al. 2012; Carlesi et al. 2017; Silva and Cassiani 2013), se encuentran artículos donde se analiza la intervención mediante escala como la TISS-28, donde se forman grupos multidisciplinares con el fin de introducir actitudes proactivas en un servicio hospitalario y, por último, controlar la administración de medicamentos en la UCI mediante tendencias secuenciales. En el caso de los estudios mixtos (Luis Arboit et al. 2018; Syyrila et al. 2020), se utilizan las dos metodologías anteriormente mencionadas, la cuantitativa donde se realiza una recopilación de datos para obtener prevalencias/incidencia/tipos de errores y analizarlos mediante la metodología cualitativa, con ayuda de entrevistas estructuradas y la formación de categorías específicas que permitirán la obtención de los datos.

Para poder relacionar e interpretar las discusiones de los diferentes artículos tratados, se hará una división según los objetivos específicos ya nombrados anteriormente.

- **<u>Objetivo específico 1</u>. Conocer la prevalencia y tipos de eventos adversos en los diferentes servicios hospitalarios.**

Este grupo de artículos estudia las prevalencias encontradas en relación con los eventos adversos. Se encuentra que los errores de medicación son el tipo de incidentes más frecuentes, respaldado por la comparación realizada en el artículo de Esqué Ruiz et al. (2016), donde no solo el afirma este hecho, sino que es apoyado por el resto de los estudios dentro de su trabajo. En concreto, dentro de este tipo de incidentes, este estudio identifica los errores de administración de medicación como los más frecuentes. El estudio de Cottell et al. (2020) señala en igual frecuencia tanto los errores de administración como los de prescripción. Además, en el artículo de Flyyn et.al (2010) llegamos a entender la relación entre los errores y la práctica porque utiliza tres observadores sanitarios que encuentran diferentes errores en la fase de medicación y estos observadores, otorgan un orden sobre la frecuencia entre los diferentes errores relacionados con los procesos de la medicación, en orden descendente: errores de administración, errores de

prescripción y errores de dispensación. En el caso de Silva and Cassiani (2013), hace referencia a los subgrupos dentro de las diferentes fases de las pautas de medicación, destacando los errores por omisión de dosis y tiempo de administración en un 44,3% de los casos, dejando el 55,7% en relación con los errores de organización, estructura física, material utilizado y los recursos humanos disponibles.

Por otra parte, Cottell et.al (2020) añaden que el error humano existe, pero esta relacionado con la falta comunicación, la formación de estos profesionales, la sobrecarga de trabajo y el entorno laboral. El estudio Silva and Cassiani (2013) también habla del error humano pero la relación para este estudio esta influenciada por la gestión de los recursos humanos y financieros, la presencia y utilización de estándares, condiciones del ambiente de trabajo, la sobrecarga de trabajo y el funcionamiento de los equipos profesionales. En cuanto a la sobrecarga de trabajo Carlesi et al. (2017) y Silva and Cassiani (2013), el elevado ratio de enfermera por paciente tiene relación directa en la producción de eventos adversos, concretamente las caídas de los pacientes en las instituciones sanitarias, y Carlesi et al (2017) alega que se producen por una falta de tiempo para atender a las necesidades del paciente, afectando así en su seguridad.

- **Objetivo específico 2: Describir las estrategias para la prevención de eventos adversos y otros proyectos de seguridad del paciente relacionados con la práctica enfermera.**

En este objetivo es muy importante la promoción de acciones preventivas para garantizar la seguridad del paciente, hecho que respalda el artículo de dos Reis et al (2018), fomentando la importancia de la educación en la regulación de medicamentos para evitar errores, en concreto en una unidad de cuidados intensivos donde existen pautas de alta complejidad y que pueden producir daños potenciales o reales a los pacientes. Es por eso, que se deben promover los cuidados basados en la cultura de seguridad, como también hace referencia Luis Arboit et al. (2018). Estos autores destacan que el aumento de riesgo de errores puede estar determinados por la sobrecarga de trabajo, falta de atención y poco conocimiento sobre la práctica clínica. Artículos como Benoit et al. (2012) y Feldman et al. (2012) proponen la conciliación activa de protocolos de estandarización para disminuir el número de errores relacionados con los medicamentos, Feldman et al. (2012) incita que esta conciliación sea por parte de enfermería y farmacia, y Benoit et al. (2012) nos habla de la eliminación de la transcripción médica-enfermera referida a los medicamentos. El estudio de Santos et al. (2019) resalta la importancia de la comprobación de los cinco correctos de la medicación: paciente, hora, dosis, vía y técnica correcta, más el período post-administración, que no es más que la vigilancia de posibles

incidencias relacionadas con la medicación. Estas cinco comprobaciones también las respalda Esqué Ruiz et al. (2016), y añade el planteamiento de aumentar la formación a los profesionales para disminuir los errores e incrementar la calidad de los cuidados.

- **<u>Objetivo específico 3:</u> Estudiar la relación entre la comunicación profesional y los incidentes o eventos adversos en los centros sanitarios.**

Varios estudios identifican los problemas de comunicación como causa de errores. Primeramente, se encuentra el artículo de Syyrila et al. (2020), donde en su discusión explica que la falta de comunicación entre los profesionales puede producir con mayor frecuencia daños graves entre los pacientes. Añade, que puede ser debido al desconocimiento que refieren los profesionales sanitarios ante la digitalización del proceso y la falta de guías de actuación estandarizada. También respalda este problema el artículo de Borrot et al. (2017), donde se afirma que el riesgo de producir un error aumenta a medida que empeora la comunicación entre enfermera y médico, detectando que entre otros: factores profesionales y de organización, predisponen al error. En este grupo se añaden las afirmaciones de Almutary and Lewis (2012) y Murillo-Pérez et al. (2016), estos autores respaldan que se ha de promocionar la comunicación de los errores para mejorar la calidad de los cuidados. Este estudio Murillo-Pérez et al. (2016), destaca la mayor eficacia de los sistemas de comunicación voluntarios, presentando un incremento en el índice de notificación. Además, añade que, a mejor comunicación entre profesionales sanitarios mejor es la prevención de daños evitables.

Como ya hemos dicho antes en el primer objetivo especifico, Cottell et al. (2020), relacionan el error humano con la falta de comunicación, se encuentra que, del total de 30 eventos adversos por sobrecarga de trabajo, 19 de ellos se atribuyeron a una comunicación inadecuada entre el equipo sanitario.

9. CONCLUSIONES

Como conclusiones, según los artículos estudiados, la tipología de eventos adversos en los diferentes servicios hospitalarios relacionados con la profesión enfermera tienen que ver con la medicación. Independientemente del servicio donde nos encontremos, en la fase de administración y preparación de medicamentos se encuentran la mayoría de los errores.

En esta revisión bibliográfica también se ha tratado estrategias relacionadas con las practicas seguras para promocionar la seguridad del paciente, observándose que el destino de tiempo en evitar los incidentes puede aumentar la calidad de los cuidados por parte del personal sanitario. Las estrategias destinadas a la prevención de los eventos adversos afectan directamente en reducir la carga de trabajo, aumentar la formación del equipo sanitario y centrarse en la revisión de los cinco correctos.

Hay que añadir que los estudios/artículos coinciden en los siguientes aspectos como que los errores se producen porque el ser humano demuestra ser falible y no se debería de adoptar una cultura punitiva contra la persona que acomete el error, el problema va mucho más allá de hacer responsable a la persona que lo produce. El problema reside en que estos errores humanos se dan por falta de comunicación, falta de formación por parte de las instituciones sanitarias, falta de organización, la estructura física del servicio, y el material y recursos humanos disponibles.

Agregar también que existe una variación de determinantes, como son la carga de trabajo, falta de tiempo en la atención, el poco conocimiento sobre la práctica clínica, la digitalización de los procesos y la falta de guías de actuaciones estandarizadas, que afectan de manera directa o indirecta en el riesgo de que se produzca algún tipo de incidente en los pacientes.

No podemos dejar pasar por alto la importancia de la comunicación entre los profesionales y la notificación de errores encontrados en los diferentes servicios. La seguridad de los pacientes será más vulnerable si no existe una buena comunicación entre el equipo de trabajo. En cuanto a la notificación de errores, encontramos que, si se facilita un sistema de comunicación de errores creado por el centro sanitario en cuestión, este influye directamente en la prevención de los eventos adversos.

Es evidente que la práctica enfermera tiene un impacto en la mejora de la seguridad del paciente si se aplican algunas de las estrategias preventivas identificadas en este trabajo como: reducir la carga de trabajo, aplicar los '5 Correctos' para el uso seguro de medicamento, aumentar la formación de los profesionales, otorgarle la importancia que se merece a la comunicación en el ámbito de trabajo y a los sistemas de notificación de errores por parte de las instituciones sanitarias para poder registrar los errores que se producen, su tipología y su frecuencia para poder proporcionar o crear herramientas de prevención, consiguiendo así, una atención de calidad hacia los pacientes.

Dentro de las competencias, la enfermera tiene el deber de proporcionar unos cuidados óptimos para no alargar su estancia y minimizar las complicaciones que puedan surgir en el proceso del tratamiento. La enfermera es una profesional clave para la seguridad del paciente.

10. LIMITACIONES

Tratando las limitaciones de este estudio se puede destacar que la mayoría de los artículos encontrados pertenecen a los diferentes servicios hospitalarios, siendo complicado centrarse solo en el servicio de urgencias que era el elegido desde un primer momento.

Se realizo una búsqueda bibliográfica con una ecuación de búsqueda muy acotada para que los artículos encontrados se centraran en el tema requerido.

Además, la mayoría de los artículos seleccionados tenían su origen fuera del país, existiendo una cantidad reducida de estos a nivel nacional, haciendo que su lectura fuera integra en inglés

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza Mundial Para la Seguridad Del Paciente. 2006. “RETO MUNDIAL EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.” 1–25. Retrieved November 29, 2020 (https://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf).
2. Almutary, H. H., and P. A. Lewis. 2012. “Nurses’ Willingness to Report Medication Administration Errors in Saudi Arabia.” 119–26. Retrieved February 19, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-84862906911&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=f50baa0b12a01e7b856c9463fc71a287&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%222019%22%2Ct%2C%222018%22%2Ct%2C%222017%22%2Ct%2C%222016%22%2Ct%2C%222015%22%2Ct%2C%222014%22%2Ct%2C%222013%22%2Ct%2C%222012%22%2Ct%2C%222011%22%2Ct%2C%222010%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct&sessionSearchId=f50baa0b12a01e7b856c9463fc71a287&relpos=8&citeCnt=17).
3. Benoit, E., P. Eckert, C. Theytaz, M. Joris-Frasseren, M. Faouzi, and J. Beney. 2012. “Streamlining the Medication Process Improves Safety in the Intensive Care Unit.” *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56(8):966–75. Retrieved February 27, 2021 (https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/22621399/).
4. Borrott, N., S. Kinney, F. Newall, A. Williams, N. Cranswick, i. Wong, and E. Manias. 2017. “ Medication Communication between Nurses and Doctors for Paediatric Acute Care: An Ethnographic Study.” 1978–92. Retrieved February 19, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85020477073&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=b79613d24dfdcf6e71b5fae25253a87e&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%222019%22%2Ct%2C%222018%22%2Ct%2C%222017%22%2Ct%2C%222016%22%2Ct%2C%222015%22%2Ct%2C%222014%22%2Ct%2C%222013%22%2Ct%2C%222012%22%2Ct%2C%222011%22%2Ct%2C%222010%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct&sessionSearchId=b79613d24dfdcf6e71b5fae25253a87e&relpos=4&citeCnt=6).
5. Carlesi, K. .., K. .. Padilha, M. .. Toffoletto, C. Heriquez-Roldán, and M. A. .. Juan. 2017. “Patient Safety Incidents and Nursing Workload.” Retrieved February 19, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85017316511&origin=resultslist&sort=plf-

f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=b79613d24dfdcf6e71b5fae25253a87e&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%222019%22%2Ct%2C%222018%22%2Ct%2C%222017%22%2Ct%2C%222016%22%2Ct%2C%222015%22%2Ct%2C%222014%22%2Ct%2C%222013%22%2Ct%2C%222012%22%2Ct%2C%222011%22%2Ct%2C%222010%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct&sessionSearchId=b79613d24dfdcf6e71b5fae25253a87e&relpos=5&citeCnt=11).

6. Cifuentes Hernández, Vega. 2018. "MOBBING ENTRE PERSONAL DE ENFERMERÍA." *Rev. Enferm. CyL* 10(2).
7. Cottell, M., I. Wätterbjörk, and M. Hälleberg Nyman. 2020. "Medication-Related Incidents at 19 Hospitals: A Retrospective Register Study Using Incident Reports." 1526–35. Retrieved February 17, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85085595941&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=a7a2c50515aa430e25454bed48fe3b72&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%222019%22%2Ct%2C%222018%22%2Ct%2C%222017%22%2Ct%2C%222016%22%2Ct%2C%222015%22%2Ct%2C%222014%22%2Ct%2C%222013%22%2Ct%2C%222012%22%2Ct%2C%222011%22%2Ct%2C%222010%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct&sessionSearchId=a7a2c50515aa430e25454bed48fe3b72&relpos=0&citeCnt=0).
8. Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. 2006. "Plan de Calidad Para El Sistema Nacional de Salud."
9. Ducel, G., Fundación Hygie, Suiza J. Fabry, M. Perraud, Hospital Edouard Herriot, Francia A. Prüss, Organización Mundial de la Salud, Suiza A. Savey, Centro Hospitalario Lyon-Sur, and Francia E. Tikhomirov. 2003. *Prevención de Las Infecciones Nosocomiales GUÍA PRÁCTICA 2ª Edición ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*.
10. ENA (Emergency Nurses Association), and Jean A. Proehl. 2001. *Enfermería Profesional: Enfermería En Urgencias*. 2nda ed.
11. Esqué Ruiz, M. .., M. .. Moretones Suñol, J. .. Rodríguez Migueléz, E. Sanchés Ortiz, M. Izco Urroz, M. de Lamo Camino, and J. Figueras Aloy. 2016. "Los Errores de Tratamiento En Una Unidad Neonatal: Uno de Los Principales Acontecimientos Adversos - Dialnet." 211–17. Retrieved February 24, 2021 (https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6721599).
12. Feldman, Leonard S., Linda L. Costa, E. Robert Feroli, Terry Nelson, Stephanie S. Poe, Kevin D. Frick, Leigh E. Efird, and Redonda G. Miller. 2012. "Nurse-Pharmacist Collaboration on Medication Reconciliation Prevents Potential Harm." *Journal of Hospital Medicine* 7(5):396–

401. Retrieved February 27, 2021 (https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/22371379/).

13. Florence Nightingale. 1859. “Notas Sobre Enfermería: Qué Es y Qué No Es .” Retrieved November 28, 2020 (https://books.google.es/books?id=nSqzXx6jNEEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q=juramento&f=false).
14. Flynn, Elizabeth A., Kenneth Barker, and Bradford Barker. 2010. “Medication-Administration Errors in an Emergency Department.” 347–48. Retrieved March 1, 2021 (http://web.b.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=0964a708-3a8f-4a4f-8f74-db3d2aae19b4%40pdc-v-sessmgr02).
15. Generalitat de Catalunya. 2019. “Què És La Seguretat Dels Pacients?.” Retrieved December 1, 2020 (http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/que_es_la_seguretat_de_pacients/).
16. Generalitat de Catalunya. 2020. “Bones Pràctiques. Seguretat Dels Pacients.” Retrieved December 2, 2020 (http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/bones_practiques/).
17. Luengo-Martínez, Carolina, and Olivia Sanhueza. 2016. *Condiciones de Trabajo y Su Relación Con La Calidad Del Cuidado y Salud*. Vol. 62.
18. Luis Arboit, É., S. Camponogara, T. S. .. de Souza Magnano, J. de Souza Urbanetto, C. L. Colomé Beck, and L. .. Anacleto da Saliva. 2018. “Incidentes Relacionados Con La Terapia Medicamentosa: Percepciones de Las Profesionales de Enfermeria.” Retrieved February 26, 2021 (https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=6871593).
19. Malvárez, Silvina. 2006. “La Regulación de La Práctica y La Educación En Enfermería. Nuevos Determinantes.”
20. Ministerio de Sanidad. 2010. “Seguridad Del Paciente.” Retrieved November 23, 2020 (https://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/).
21. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2010. *Plan de Calidad Para El Sistema Nacional de Salud*.
22. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2015. *Estrategia de Seguridad Del Paciente Del Sistema Nacional de Salud*.
23. Ministerio De Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2015. *Estrategia de Seguridad Del Paciente Del Sistema Nacional de Salud*.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. *Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados a La Hospitalización. ENEAS 2005*.

25. Murillo-Pérez, M. A., M. García-Iglesias, I. Palomino-Sánchez, G. Cano Ruiz, M. Cuenca Solanas, and E. Alted López. 2016. “Análisis Del Registro de Un Sistema de Notificación de Incidentes En Una Unidad de Cuidados Críticos.” *Enfermería Intensiva* 27(3):112–19. Retrieved (https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=6238036).
26. Organización Panamericana de la Salud, and Organización Mundial de la Salud. 2015. “Clasificación Internacional de Seguridad Del Paciente.” Retrieved December 1, 2020 (http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin2/clasificacion_internacional.pdf).
27. dos Reis, M. A. S., C. S. Gabriel, A. C. Zanetti, A. Bernardes, A. M. Laus, and L. R. L. Pereira. 2018. “Potentially Hazardous Drugs: Identification of Risks and Error Prevention Barriers in Intensive Care.” Retrieved February 17, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85048974871&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=a7a2c50515aa430e25454bed48fe3b72&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%222019%22%2Ct%2C%222018%22%2Ct%2C%222017%22%2Ct%2C%222016%22%2Ct%2C%222015%22%2Ct%2C%222014%22%2Ct%2C%222013%22%2Ct%2C%222012%22%2Ct%2C%222011%22%2Ct%2C%222010%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct&sessionSearchId=a7a2c50515aa430e25454bed48fe3b72&relpos=3&citeCnt=2).
28. Remón, Carlos Aibar, Jesús Arnaz Andrés, Ezequiel Garcia Elorrio, and Astolfo Franco. 2009. *¿Qué Es Seguridad Del Paciente?*
29. Remón, Carlos Aibar, and Jesús M. Aranaz Andrés. 2016. *Seguridad Del Paciente y Prevención de Eventos Adversos Relacionados Con La Asistencia Sanitaria*.
30. Rocco, Cristián, and Alejandro Garrido. 2017. “SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD.” *Revista Médica Clínica Las Condes* 28(5):785–95.
31. Rodríguez, L., M. Rodríguez, Jennifer Gil Marles, Ruby Esmeralda Méndez Hernández, Erika Lorena Cruz Suárez, and Sara Jessenia Blanco Grimaldo. 2014. “Percepción Del Personal de Enfermería Ante La Rotación En Los Servicios de Hospitalización.” *Undefined*.
32. Salgado, Elena. 2005. “Prólogo.” *Revista de Calidad Asistencial* 20(2):49–50.
33. Santos, Patricia Reis Alves Dos, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, and Camila Santana Justo Cintra Sampaio. 2019. “Ações Para Segurança Na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos Em Unidades de Pronto Atendimento.” *Revista Gaucha de Enfermagem* 40(spe):e20180347. Retrieved February 26, 2021 (https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31038608/).

34. Sierra Pabón, BY, and EA Pinzón Basto. 2015. “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA.” 85.
35. Silva, A. E. B., and S. H. Cassiani. 2013. “Prospective Risk Analysis of the Anti-Infective Medication Administration Process.” 233–41. Retrieved February 19, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-84874844838&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=f50baa0b12a01e7b856c9463fc71a287&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%22201).
36. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2012. “RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.” Retrieved December 2, 2020 (https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/647/Recomendaciones SeguridadPaciente en CentrosSocioSanitarios.pdf).
37. Subcomité de Seguridad del Paciente. 2016. “Seguridad Del Paciente. Cambio de Paradigma En La Atención de La Salud.” 123–24.
38. Syyrila, T., K. Vehviläinen-Julkunen, and M. Härkänen. 2020. “Communication Issues Contributing to Medication Incidents: Mixed-Method Analysis of Hospitals’ Incident Reports Using Indicator Phrases Based on Literature.” 2466–81. Retrieved February 17, 2021 (https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85083667049&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=a7a2c50515aa430e25454bed48fe3b72&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2Ct%2Bscopubyr%2C%222020%22%2Ct%2C%222019%22%2Ct%2C%222018%22%2Ct%2C%222017%22%2Ct%2C%222016%22%2Ct%2C%222015%22%2Ct%2C%222014%22%2Ct%2C%222013%22%2Ct%2C%222012%22%2Ct%2C%222011%22%2Ct%2C%222010%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct&sessionSearchId=a7a2c50515aa430e25454bed48fe3b72&relpos=1&citeCnt=2).
39. The Joanna Briggs Institute. 2017a. *Checklist for Qualitative Research*.
40. The Joanna Briggs Institute. 2017b. *Checklist for Randomized Controlled Trials*.
41. Tomás, Santiago, Manel Chanovas, Fermí Roqueta, Julián Alcaraz, and Tomás Toranzo. 2010. “EVADUR: Eventos Adversos Ligados a La Asistencia En Los Servicios de Urgencias de Hospitales Españoles.” *Emergencias* 22(6):415–28.
42. World Health Organization. 2009. *Más Que Palabras: Marco Conceptual de La Clasificación Internacional Para La Seguridad Del Paciente*.
43. World Health Organization. 2019. “Seguridad Del Paciente.” Retrieved November 23, 2020 (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety).