



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPITULO DE LIBRO

**TEMA: La importancia de aprender de los cuasi eventos para mejorar la
seguridad del paciente: retos y como gestionarlos**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTOR: Dra. Olga González Campozano. Mgs

AUTOR: Lic. Mónica Guicela Jarrín Álvarez

QUITO, 2023-2024

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:



Nombre: Mónica Guicela Jarrín Álvarez

Cédula: 0914788146

Lugar y fecha: Quito, febrero de 2024.

DEDICATORIA

Cada logro tiene un objetivo, en mi vida es ser un ejemplo para quienes vienen detrás de mí, quiero ser siempre ese ser de quién ellos se sientan muy orgullosos y que con su frente en alto digan “ella es mi mamá”.

Esto es por y para ellos Valentina y Geovanny, para que siempre recuerden que no importa cuantos años tengas, para seguir avanzando, lo que verdaderamente importa es que te demuestres a ti mismo hasta donde puedes llegar.

Mónica.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi directora de proyecto, quien sacrifico parte de su tiempo libre para con su experiencia, comprensión y paciencia guiarme durante el desarrollo de este capítulo y así poder concluir con una etapa más de mi perfeccionamiento profesional.

Infinitas gracias a mi madre y a mis hijos, por su amor incondicional, su paciencia y su apoyo moral. Fue la confianza que depositaron en mí lo que me impulso a obtener este logro. Fue ese amor y sacrificio lo que se convirtió en mi guía durante este nuevo desafío académico.

Agradezco también a mi fantasma de la media noche que fielmente me acompañaba mientras hacia las tareas, aunque suene gracioso en realidad siempre sentí su compañía y quiero pensar que eras tú mi negrito que bajabas del cielo para no dejarme sola.

INDICE GENERAL.

DERECHOS DE AUTOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA.....	3
3. DESARROLLO	4
3.1 Marco teórico referencial.	4
3.2. Factores que influyen en los eventos adversos que se pueden prevenir	8
3.2.1.- Factores relacionados con la organización y el sistema	10
3.2.2.- Variables de tecnología	11
3.2.3.- Variables de comportamiento y humanos	12
3.2.4.- Variables que tienen que ver con el paciente	13
3.2.5.- Factores fisiopatológicos relacionados con la enfermedad	14
3.2.6.- Variables de origen externo.....	14
3.3.-Factores relacionados con los pacientes intrínsecos, extrínsecos y del sistema	15

3.4. Retos en los Cuasi eventos.	16
3.5 Sistemas para gestionar tanto cuasi eventos como eventos adversos.....	17
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	19-16
5.- BIBLIOGRAFÍA.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Figura 1: Marco para la seguridad del paciente Ministerio de Salud Pública.....6

Figura 2: Factores contribuyentes... .. 9

RESUMEN.

Para mejorar la seguridad de los pacientes en las instituciones sanitarias, es importante aprender de los cuasi eventos. Desde la perspectiva del paciente, detectar cuidados peligrosos a tiempo, como cuasi accidentes y eventos adversos, permite tomar medidas de mitigación inmediatas. El personal de salud debe estar atento a los próximos eventos para evitar problemas y establecer estándares de calidad de atención y seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) busca aprender de los cuasi eventos para mejorar la seguridad del paciente en vista de la aparición de factores que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas. El objetivo es crear un sistema de atención médica confiable que disminuya la probabilidad de eventos adversos debido a la exposición al proceso de atención.

ABSTRACT.

To improve patient safety in healthcare institutions, it is important to learn from near-misses. From the patient's perspective, detecting hazardous care early, such as near-misses and adverse events, allows immediate mitigation measures to be taken. Health personnel must be attentive to upcoming events to avoid problems and establish quality standards of care and patient safety.

The World Health Organization (WHO) seeks to learn from near-misses to improve patient safety in light of the emergence of factors that increase the risk of chronic diseases. The goal is to create a reliable healthcare system that decreases the likelihood of adverse events due to exposure to the care process.

1. INTRODUCCIÓN.

La protección de la seguridad del paciente es esencial para garantizar la calidad de la atención y es necesaria en la práctica clínica. Solo recientemente, calculando en datos precisos, se ha comenzado a considerar la seguridad del paciente como uno de los principales problemas en la atención médica.

La conducta médica se basa en el principio de "Primum Non Nocere", que asume que todos los profesionales son responsables de evitar causar daños. Desde el punto de vista del paciente, detectar cuidados peligrosos a tiempo, como cuasi accidentes y eventos adversos, permite tomar medidas de mitigación inmediatas. Para evitar problemas y establecer estándares de calidad de atención y seguridad del paciente, el personal de salud debe estar atento a los próximos eventos. El objetivo es crear un sistema de atención médica confiable que reduzca la probabilidad de que ocurran eventos adversos como resultado de la exposición a la atención. (Cristián Roccoa, 2017)

Sin embargo, hay muchos factores que interactúan a medida que aumentan la complejidad de la atención médica. Los eventos adversos que pueden ocurrir con más frecuencia de lo esperado son causados por elementos, tareas o procedimientos específicos del paciente, la estructura del entorno físico, incluyendo materiales, equipo técnico y el lugar donde se brinda la atención. Según la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 10 pacientes sufre daño no intencional durante la atención médica y más de 3 millones de personas fallecen cada año como resultado, de cada 100 personas que viven en países de ingresos medianos y bajos 4 son víctimas de estos eventos. (OMS, Seguridad del paciente, 2023).

Las reacciones adversas, los efectos negativos, los factores contribuyentes, los eventos centinelas y los cuasi eventos son solo algunas de las categorías de factores de riesgo que existen en el campo de la atención médica en función de su gravedad. Este artículo examina definiciones, procesos y estrategias que se utilizan para reducir la probabilidad de errores del sistema y errores humanos, aumentar la probabilidad de que se detecten cuando ocurren y reducir las consecuencias de estos errores.

2. METODOLOGÍA

Investigación bibliográfica que incluye de manera exclusiva datos abiertos y/o públicos.

Una vez identificado el tema principal: la importancia de aprender de los cuasi eventos para mejorar la seguridad del paciente: retos y como gestionarlos, se procedido a revisar a través de la recolección de datos bibliográficos encontrados en artículos indexados relacionados con el tema de investigación y que han sido publicados durante los últimos 10 años, a fin de realizar un análisis descriptivo.

Así mismo se incluyeron temas referentes como son: El Ministerio de Salud Pública (MSP), protocolo educación en seguridad del paciente, la disminución de la tasa de eventos adversos durante la sedación y analgesia en pacientes adultos tras la aplicación de un plan de mejora de la calidad, estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, factores externos que no permiten realizar los cuasi eventos, y el plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: es decir, estos artículos fueron encontrados en diferentes publicaciones de revistas formales garantizadas, puesto que antes de ser publicadas son revisadas con anterioridad por personas expertas.

En este contexto, tomando en cuenta el tema analizado, se excluyeron los artículos en donde solo se encontraban resúmenes que no se relacionaban al tema y no contaban con una referencia adecuada o se encontraban duplicados.

3. DESARROLLO:

3.1 Marco teórico referencial.

3.1.1. El valor de aprender de los cuasi eventos para aumentar la seguridad del paciente.

Un evento cuasi, también conocido como cuasi accidente o cuasi colisión, se refiere a una acción insegura o peligrosa que podría haber causado daño pero que fue evitado por casualidad o por una intervención oportuna. El análisis de eventos cuasi ayuda a identificar posibles debilidades y fortalezas en el sistema de salud porque demuestra que un componente del sistema logró detectar y prevenir eventos adversos.

En todo el mundo, es fundamental aprender de estos eventos para adoptar una actitud y una norma de intervención que prioricen la prevención del daño en la planificación y prestación de la atención médica. El plan global de acción para la seguridad del paciente 2021-2030 establece una meta de daño cero en lugar de una meta específica (OMS, 2021).

Los conceptos de eventos adversos y cuasi accidentes se utilizan con frecuencia en la gestión de la calidad de la salud para abordar los problemas relacionados con la seguridad del paciente y la Gestión de riesgos en entornos hospitalarios. En Ecuador, se han implementado estrategias para reducir y tratar cualquier daño que pueda poner en peligro la seguridad del paciente, y se ha enfatizado la relevancia de adquirir experiencia en eventos poco comunes.

Los programas educativos promueven la comunicación, el trabajo en equipo y el manejo efectivo de cuasi y eventos adversos. Además, hacen hincapié en el uso de información y evidencia, así como en el comportamiento ético en el ámbito de la salud.

Es fundamental comprender los factores mitigantes, que son acciones o circunstancias destinadas a prevenir o reducir el impacto de un daño potencial al paciente. Su objetivo es reducir el daño después de un error mediante la implementación de medidas de control para reducir los efectos perjudiciales. La detección y la mitigación son técnicas para evitar que un incidente cause daño al paciente y tomar medidas correctivas en caso de que ocurra. Se pueden plantear cambios tales como mejorar la cultura de seguridad del paciente, tratar las lesiones del paciente bajo los lineamientos de un tratamiento clínico y realizar una reunión informativa con el personal para gestionar los reclamos de la familia (Moscoso, 2015).

La detección de un accidente o enfermedad puede lograrse mediante la observación de cambios en la condición del paciente, la activación de alarmas, auditorías, exámenes específicos para la enfermedad o la evaluación de riesgos, también conocidos como acciones de cuasi eventos. Estas tienen como objetivo reducir el riesgo y evitar que ocurran incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Proporcionar atención metódica y técnica basada en el conocimiento, las habilidades y el comportamiento del personal de salud, es el objetivo de las medidas de mejora para la seguridad del paciente tal como se muestra en la figura 1.

Figura 1: Marco para la seguridad del paciente Ministerio de Salud Pública.



Fuente: Normas Técnicas de Seguridad del Paciente (MSP, 2015).

El PAMSP (Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030) plantea directrices para ejecutar la resolución AMS74 de la OMS durante el período 2021-2030. La seguridad del paciente es crucial para la planificación, diseño, operación y evaluación de los sistemas de salud a nivel mundial, según esta resolución.

Para lograr esto el PAMSP presenta una lista de siete objetivos estratégicos a ser aplicados en las diversas instituciones de salud con la consigna principal de mejorar los sistemas de salud a nivel mundial para garantizar la seguridad de los pacientes y reducir al mínimo los riesgos para los usuarios del sistema (OMS, 2021).

Un análisis aplicado a los objetivos estratégicos de este plan de acción y pese a que todos se relacionan con la vinculación de la seguridad del paciente no solo a nivel asistencial sino también en el área administrativa gerencial de las instituciones de salud, se ha dado prioridad a los objetivos 5 y 6, definiéndolos de la siguiente manera:

En el objetivo N°5 su principal perspectiva consiste en la protección y la formación en el ámbito de la salud, con una orientación a la protección del paciente y la necesidad de una capacitación profesional adecuada para administrar un sistema de seguridad. Esto implica la implementación de sistemas de vigilancia que mejoren la calidad de atención del paciente utilizando datos de eventos similares. (WHO, 2021)

El objetivo 6 enfatiza cómo la gestión de riesgos, la investigación y la información son cruciales para el sistema de salud. En este sentido, la notificación de eventos similares podría ser vital para el aprendizaje y la seguridad del paciente. La dinámica asociada con este objetivo se relaciona con su primera estrategia que plantea el fortalecimiento del sistema de notificación de incidentes de seguridad y de aprendizaje, incluidos los eventos casi accidentales como foco principal (WHO, 2021).

Astier Peña en su artículo elaborado en el 2021 pone a consideración las siguientes acciones a ejecutar para alcanzar la meta establecida por el PAMSP:

- Revisar el sistema actual para reportar incidentes de seguridad del paciente y ajustarlo a los estándares de la OMS.

- Identificar las prioridades de seguridad del paciente y utilice el sistema de aprendizaje y notificación para mejorar.
- Establecer o ajustar el sistema de reportes y aprendizaje para que se acople a la estructura de la organización para identificar, analizar e investigar los posibles riesgos, enfocándose de manera prioritaria en áreas que tienen el potencial de reducir la mortalidad y los daños graves.
- Incluir y motivar a todos los colaboradores de la institución en el proceso de identificación, notificación y registro de acciones aplicadas para mejorar la seguridad.

Y sostiene que estas medidas estratégicas ayudarán a priorizar la seguridad del paciente mediante la generación de conocimiento que permite un análisis exhaustivo e investigación de incidentes. Este esfuerzo facilitará la implementación de acciones específicas que involucran a todo el personal de las instituciones de salud en el objetivo macro de reducir los riesgos para el paciente (Astier-Peña MP).

3.2. Factores que influyen en los eventos adversos que se pueden prevenir (figura 2).

Figura 2: Factores Contribuyentes



Fuente: Descripción de los factores contribuyentes en sucesos adversos (**Guerra-García MM, 2018**)

Es fundamental que los profesionales de la salud identifiquen los factores que contribuyen a los eventos adversos evitables tanto dentro como fuera del sistema de salud. Estos eventos, que se refieren a lesiones no intencionales durante la atención médica, son un problema de salud pública a nivel mundial. Es esencial asegurarse de que se cumplan los estándares de calidad en la atención médica para garantizar un cuidado seguro para los pacientes.

Las formas en que se deben evitar los efectos secundarios incluyen la revisión de los errores desde la prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitorización de medicamentos, siendo estos considerados las principales falencias a nivel técnico asistencial, se incluyen además fallas en

procedimientos clínicos-terapéuticos como la ventilación mecánica ,problemas con los accesos vasculares, las sondas, los tubos, los drenajes, y las infecciones relacionadas con la atención médica. Es fundamental que los profesionales de la salud trabajen juntos desde sus respectivas disciplinas para brindar una atención coordinada centrada en el paciente, lo que aumentará la seguridad y reducirá los eventos adversos.

Un documento técnico está siendo desarrollado por la Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente para guiar la implementación de un sistema de notificación de eventos adversos para prevenirlos. Este esfuerzo tiene como objetivo abordar las deficiencias que existen en países industrializados en infraestructura, equipos, calidad de medicamentos, gestión de desechos y control de infecciones. Para lograr instituciones seguras, la cultura del reporte, que es una herramienta para detectar incidentes que pueden comprometer la seguridad en los procesos asistenciales, debe fortalecerse e incentivarse a partir de una cultura justa, no punitiva, que fomente la búsqueda de soluciones de alto impacto **(Rodríguez & Sandra P. Beltrán, 2016)**

3.2.1.- Factores relacionados con la organización y el sistema. Los sistemas de salud en países de ingresos medios y altos deben enfrentar el desafío constante de mejorar las condiciones de salud.

Erazo (2015) afirma que, si no se hacen avances en este sentido, los resultados sanitarios esperados se verán afectados negativamente. Según este autor, la complejidad de las intervenciones médicas, el desarrollo de procesos y procedimientos incorrectos, cambios en la organización del flujo de trabajo y la atención, limitaciones de recursos, falta de personal suficiente y adquisición de competencias son factores que

afectan los sistemas de salud tanto a nivel sistémico como organizativo, estos elementos son cruciales para el funcionamiento de los sistemas de salud **(Erazo, 2015)**.

A medida que las intervenciones médicas se vuelven más complejas, se han llevado a cabo procesos y procedimientos incorrectos. Esto se debe a que, en la actualidad, las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad y morbilidad, y se espera que su prevalencia aumente en las próximas décadas. Como resultado, el flujo de trabajo ha cambiado, lo que limita los recursos disponibles, como la adquisición de competencias y la falta de personal **(Mármol López, 2018)**

3.2.2.- Variables de tecnología: Los aspectos tecnológicos son cruciales en el campo de la salud porque son útiles para muchas organizaciones de atención médica. Los dispositivos médicos son esenciales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades. Además de establecer prioridades en la selección de tecnologías médicas, es crucial abordar los problemas relacionados con la instalación y el uso inadecuado de estos dispositivos **(Lizcano-Jaramillo & Camacho-Cogollo, 2019)**.

En la actualidad, los factores tecnológicos son cruciales porque la información del paciente se almacena en varios lugares, tanto en papel como electrónico, así como en el registro manual de enfermería. La tecnología en este campo avanza continuamente porque el número de pacientes con diversas enfermedades sigue aumentando. Los profesionales informáticos deben contribuir a la interoperabilidad de todos los componentes para garantizar la disponibilidad de información precisa **(Zabalegui, 2015)**.

La información tecnológica no siempre ha considerado el cuidado, la intimidad y la voluntad del paciente. Por lo tanto, es esencial que los expertos en informática y los profesionales de la salud trabajen juntos para garantizar que la tecnología mejore la seguridad, la calidad del cuidado y la eficiencia asistencial. La gestión tecnológica es esencial para la toma de decisiones sobre las políticas, estrategias, planos y acciones relacionadas con la creación, difusión y uso de la tecnología en el sector de la salud **(Lizcano-Jaramillo & Camacho-Cogollo, 2019)**.

3.2.3.- Variables del comportamiento humano: La inactividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y una dieta poco saludable son algunos de los factores de riesgo modificables identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que aumentan el riesgo de contraer enfermedades no contagiosas. Considerando factores humanos y comportamentales, las dietas inadecuadas para los pacientes han causado la muerte de millones de personas en todo el mundo. Además, se ha demostrado que, en los últimos años, el impacto de las condiciones sociales en la salud ha aumentado **(Rangel Caballero L. G., 2017)**.

Las desigualdades dentro de cada nación tienen un impacto significativo en el estado de salud de cada persona, afecta tanto las organizaciones de salud como los determinantes intermedios, como las condiciones de vida, el estilo de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos, así como el sistema de salud en sí mismo **(De La Guardia Gutiérrez, 2020)**.

Aunque los errores son inevitables en la naturaleza humana, es crucial que se minimicen en las instituciones de salud debido a los efectos que tienen en la sociedad,

la economía y el público en general. Estas variables involucran recursos, convicciones religiosas, nivel de instrucción, falta de conocimiento sobre la evolución de la enfermedad, confianza en el equipo de salud, deseo de manejar la enfermedad y bienestar mental. Por lo general, las empresas imponen castigos a los errores, lo que crea un ambiente laboral estresante y tenso. Tener la capacidad de liderar y dirigir sin caer en la rigidez legalista ni en la permisividad es crucial. Las organizaciones médicas siempre han valorado los factores relacionados con el paciente porque buscan el bienestar del paciente **(Herrera, 2020)**

3.2.4.- Variables que tienen que ver con el paciente: Debido a la falta de adherencia a los tratamientos, los costos para el paciente son muy altos; Sin embargo, hay muy pocos estudios que aborden intervenciones a este nivel. La percepción, la comprensión y la resolución de problemas son factores cognitivos. Los errores técnicos en la ejecución, el cumplimiento de protocolos, normas y procesos son factores de desempeño. De acuerdo con Ortega Cerda (2018), los siguientes factores son relevantes para el paciente:

- Conducta: Desatención, cansancio, agotamiento, exceso de confianza, falta de cumplimiento, infracciones repetidas, comportamiento de riesgo, sabotaje y delitos.
- Factores que afectan la comunicación: La comunicación, ya sea electrónica, verbal o escrita, es esencial en las organizaciones de salud. Sin embargo, se presentan desafíos que dificultan este proceso, por lo que es esencial que el personal reciba las herramientas tecnológicas que ayuden a brindar un servicio

de alta calidad, ya sea en el lugar de trabajo o en línea. La comunicación es esencial para administrar el acercamiento y la confianza entre el médico y el paciente debido a la interacción de factores psicológicos e interpersonales.

3.2.5.- Factores fisiopatológicos relacionados con la enfermedad: El libro Nuevas Perspectivas de la Salud de los Canadienses de Marc Lalonde (1974) ha cambiado la clasificación internacional de enfermedades y es importante para la salud de las comunidades.

Según el modelo propuesto por Lalonde, hay cuatro grupos de factores que influyen en la salud de los pacientes: el entorno ambiental, el entorno físico, los efectos del estilo de vida y los hábitos, el sistema de salud y la biología humana. Los factores ambientales, hereditarios y la carga genética pueden tener un impacto en la salud. Este enfoque integral es necesario para comprender y abordar las diversas facetas de la salud de una comunidad.

3.2.6.- Variables de origen externo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha preocupado desde su fundación en 1948 por los factores externos que afectan la salud física, mental y social. Más allá de simplemente evitar enfermedades, buscan que todas las personas tengan un nivel de salud que les permita trabajar productivamente y ser parte activa de la sociedad.

Las organizaciones de salud han considerado factores subjetivos y objetivos, así como factores sociales. La salud diaria puede mejorar la vida de cada paciente. Por lo tanto, es fundamental identificar posibles cuidados sociales, psicológicos, emocionales,

fisiológicos y ambientales para enfrentar los factores externos estresantes. Esto es particularmente cierto para los pacientes que se encuentran internados en una unidad de cuidados intensivos.

Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con los factores ambientales externos para prevenir eventos negativos que puedan afectar la salud de los pacientes. Los factores externos que los profesionales de la salud deben tener en cuenta al hacer una referencia a un paciente son los siguientes:

- El paciente será referenciado a un hospital considerando su lugar de residencia y la unidad de población en la que reside (cantones, parroquias, sectores).
- Si el paciente tiene acceso a servicios fundamentales ¿Cuáles son los recursos financieros del paciente?
- Características geográficas beneficiosas para la salud del paciente, como valles, bosques y áreas naturales.

3.3.-Factores relacionados con los pacientes intrínsecos, extrínsecos y del sistema: Debido a que los factores internos afectan directamente las condiciones clínicas de los pacientes, los profesionales de la salud deben evaluar minuciosamente los factores internos de los pacientes. Estos factores incluyen factores sociales, mentales, psicológicos e interpersonales. Los factores externos también son importantes, como el tratamiento y el cuidado hospitalario que recibe el paciente a través de dispositivos y terapias. Además, el análisis de los factores del sistema es crucial porque pueden resultar en accidentes directos o indirectos debido a la falta de prevención

en los procesos y la ausencia de mecanismos para evitar, prevenir o reportar incidentes **(Achury Saldaña)**.

3.4. Retos en los Cuasi eventos. El personal técnico-médico de las entidades de salud se enfrenta al desafío de estar alerta a los eventos casi accidentales porque cada día se revelan múltiples deficiencias de seguridad en la atención, consideradas actualmente como un problema de salud pública mundial. Es necesario establecer estándares que garanticen la protección del paciente y la calidad del cuidado. Entender cada aspecto de un evento casi accidente nos permite tomar medidas analíticas para reducir el riesgo. Es fundamental registrar estos incidentes para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La repetición de estos eventos indica una falta de control administrativo de la salud y un alto riesgo de consecuencias negativas graves **(Guaura, 2019)**.

Aunque estos casos son más frecuentes que los efectos secundarios, la mayoría de las personas no son conscientes de ello. Las unidades clínicas enfrentan una variedad de problemas, pero es fundamental abordarlos y encontrar soluciones porque representan un desafío importante en términos de eventos casi accidentales. Cuando los equipos fallan, como profesionales de la salud debemos poder:

- Asumir el desafío de actuar rápidamente para resolver y garantizar la seguridad del paciente.

- Investigar los motivos por los cuales los datos de las historias clínicas del paciente no están disponibles y considerar todas las opciones disponibles para obtener más información.
- Una vez que se ha identificado la secuencia de eventos que condujo al incidente clínico, se debe enfocarse en las acciones inseguras.
- Brindar capacitación continua al personal de las instituciones de salud para manejar los eventos casi accidentales como parte de la prevención.

3.5 Sistemas para gestionar tanto cuasi eventos como eventos adversos: El personal médico debe estar consciente de que los cuasi eventos son situaciones relacionadas con la práctica médica que se han evitado gracias a una intervención oportuna o fortuita. Por lo tanto, el registro de estos eventos es crucial para brindar retroalimentación a la comunidad médica y prevenir eventos adversos.

En el 2001 La Society of Critical Care Medicine, en colaboración con la Australian Patient Safety Foundation y la Agency for Healthcare Research and Quality, lanzó un sistema de notificación en línea durante veinticuatro meses y cuyos resultados fueron publicados en el 2006 reportando 2,075 eventos adversos, de los cuales el 42 % causaron daño y el 0,8 % causaron muerte estos resultados que fueron relacionados con la atención al paciente , medicación y utilización de equipos e insumos **(Ministerio de Sanidad y Política Social y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronaria, 2009)**. Las cifras epidemiológicas se ven marcadas por factores como los eventos adversos, aumento de la morbimortalidad, permanencia hospitalaria

prolongada que incrementa costos, y fortalece la desconfianza y el deterioro del desarrollo profesional.

Un estudio mexicano llamado "Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México" encontró problemas éticos como el hecho de que la mayoría de las notificaciones de enfermería estaban relacionadas con el cuidado. Además, se descubrió que la mayoría de los eventos adversos ocurren en los servicios de hospitalización, a pesar de contar con personal, recursos y regulaciones adecuados para brindar un cuidado seguro y libre de riesgos **(Zárate-Grajales, 2017)**.

Es importante tener en cuenta que cada circunstancia desfavorable implica sufrimiento, discapacidad, pérdida de vidas y una gran inversión de recursos financieros en hospitalizaciones prolongadas.

El compromiso de todos los proveedores de atención médica es mejorar la calidad del servicio en todos los aspectos del sistema de salud. La seguridad del paciente es un deber fundamental de los profesionales de la atención médica, no solo una moda en los servicios de salud. Es fundamental formar profesionales comprometidos con el bienestar de los pacientes y capaces de brindar cuidados de alta calidad, oportunos y sin riesgos.

4. CONCLUSIONES:

Los principales factores de riesgo para experimentar eventos adversos relacionados con la atención médica son las condiciones de salud de los pacientes, especialmente la gravedad de la enfermedad subyacente, los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y los pacientes en cuidados intensivos.

Los errores causados por sistemas defectuosos son comunes y siguen provocando daño a las personas. Aunque estos problemas no son exclusivos de ningún sistema de salud, han demostrado ser en su mayoría difíciles de resolver a lo largo del tiempo.

Es importante tener en cuenta que los eventos casi ocurridos son aquellos en los que una serie de circunstancias que podrían llevar a un incidente no se materializan debido a la intervención y atención de los profesionales de la salud.

Las organizaciones de atención médica son responsables de manejar estos eventos inusuales que ocurren diariamente en las instalaciones clínicas, trabajando en conjunto con el personal médico de todas las áreas para mejorar y garantizar la seguridad de los pacientes.

5.- RECOMENDACIONES:

Es posible disminuir los niveles de daño evitable que actualmente son inaceptables. Aunque es improbable alcanzar un "cero daños" en el futuro cercano, el daño causado a los pacientes que reciben atención médica es inaceptable.

Las organizaciones de atención médica deben establecer un sistema de vigilancia para monitorear y reportar eventos casi adversos.

Se recomienda que los profesionales de la salud se capaciten continuamente y aprendan de los eventos casi adversos para poder brindar soluciones a los pacientes y prevenir eventos adversos.

Para reducir su ocurrencia y proteger a los pacientes, es crucial considerar los errores pasados cometidos en las unidades de salud en relación con eventos casi adversos. Esto se debe a la implementación de políticas de seguridad que refuercen la gestión de la información del paciente.

A pesar de las diversas dificultades que pueden surgir en las unidades de salud, es crucial abordarlas y encontrar soluciones, ya que este es el desafío que se presenta con los eventos casi adversos.

Ser consciente de que el personal de salud tiene el potencial de reducir numerosas muertes, discapacidades y lesiones físicas y psicológicas causadas por la atención insegura sería verdaderamente transformadora y, lejos de ser un concepto idealista e intangible.

Los errores pasados cometidos en las unidades de salud en relación con eventos casi adversos son cruciales para reducir su ocurrencia y proteger a los pacientes.

La implementación de políticas de seguridad que mejoren la gestión de la información del paciente es la razón de esto. A pesar de las diversas dificultades que pueden surgir en las unidades de salud, es crucial abordarlas y encontrar soluciones, ya que este es el desafío que se presenta con los eventos casi adversos.

Ser consciente de que el personal de salud tiene el potencial de reducir significativamente las complicaciones físicas y psicológicas causadas por la atención insegura sería una virtud verdaderamente transformadora y, lejos de ser un concepto común.

Bibliografía

Achury Saldaña, D. R. (s.f.). Estudios de eventos adversos , factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. (Scielo, Ed.)

Enfermería Global, 15(42), 34-340. Retrieved noviembre de 2023, from

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

[61412016000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011&lng=es&tlng=es).

Análisis de la implantación de un sistema de notificación y registro de eventos adversos en el proceso asistencial de una mutua de accidentes de trabajo. (julio-agosto de

2012). *Revista de Calidad Asistencial*, 27(4), 204-211.

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.02.003>

Astier-Peña MP, M.-B. V.-C.-B.-O.-G. (s.f.). *El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más*

segura . (E. .. primaria, Ed.)

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2021.102224>

Barbagelata, E. I. (septiembre de 2016). Implementación de estrategias de prevención de errores en el proceso de administración de medicamentos: Un enfoque para

enfermería en cuidados intensivos. *Revista médica Clínica Las Condes*, 27(5),

594-604. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.005>

- Chu, R. Z. (marzo-abril de 2017). Pasos sencillos para reducir los errores de medicación. *Nursing (edición española)*, 34(2), 59-61. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.04.016>
- Colombia, M. d. (s.f.). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente*. Retrieved 15 de 03 de 2023, from Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitor+ear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
- Cristián Roccoa, A. G. (septiembre-octubre de 2017). SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(5), 785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
- Cruz, L. M. (2017). *El control de eventos adversos en el modelo de atención centrado en el paciente*. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1373331/el-control-de-eventos-adversos-en-el-modelo-de-atencion-centra_fLXaXfD.pdf
- Dávila, M. -H. (2022). Protocolo de Educación de Seguridad . 6-10. https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/17-protocolo_educaciOn_de_seguridad_del_paciente.pdf
- De La Guardia Gutiérrez, M. A. (29 de junio de 2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Departamento de Calidad e IAAS Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. (17

de enero de 2020). *PROTOCOLO PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A PROCESOS QUIRÚRGICOS EN HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS*. PROTOCOLO PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A PROCESOS QUIRÚRGICOS EN HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS:

<https://www.bing.com/search?q=problemas+de+seguridad+quirurgica+en+ecuador&refig=940ca21b68e843a49d51253d124b545f&sp=1&lq=0&qs=NWB&pq=problemas+de+seguridad+quirurgica+en+ecuador&sc=9-44&cvid=940ca21b68e843a49d51253d124b545f&first=11&FORM=PORE&ntref=1>

Echevarría Zuno, S. S. (jul/sept de 2011). Eventos adversos en cirugía. *Cirujano general*. *Cirujano general*, 33(3), 163-169. Retrieved 2 de abril de 2023, from https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300005

Erazo, Á. (2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Publica.*, 38(3), 248-253. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/248-253>

Fajreldines A, P., Valerio M, P., Bazzano M, P., Pratesi P, M., Alvarez J, M., & Pellizzari M, M. (2021). Disminución de la Tasa de eventos adversos durante la sedación y analgesia en acientes adultos tras la aplicación de un plan de meora de calidad . *Revista Chilena de Seguridad del Paciente*, 4(2). <https://www.fspchile.cl/index.php/revista/issue/view/15/113>

- Giménez-Campos MS, P.-F.-R. P.-C.-S.-B.-G. (2022). Una revisión sistemática y metanálisis de la efectividad y eventos adversos de gabapentina y pregabalina para dolor de ciática.. *Atón Primaria*, 54(1).
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102144>
- Goalsarran N, M. J. (2019). Uso de eventos cuasi accidentes para mejorar la seguridad de la resonancia magnética en un gran centro académico. *Calidad Abierta BMJ* .
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000593>
- Guaura, R. D. (2019). Evento Cuasifalla. *scribd.com*. Retrieved 12 de 2023, from <https://es.scribd.com/document/433779175/Evento-Cuasifalla>
- Guerra-García MM, C.-R. B.-S.-S.-L.-C. (octubre de 2018). Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. *50(8)*, 486–492.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2017.05.013>
- Health security in a digitalized world during public health crises =La sécurité sanitaire dans un monde numérique pendant les crises de santé publique. (26 de enero de 2024). *Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 99(04), 23-25. Retrieved 02 de 2024, from <https://iris.who.int/handle/10665/375830>
- Herrera, K. J. (2020). *FACTORES CONTRIBUYENTES EN LA GENERACIÓN DE ERRORES HUMANOS QUE CONDUCEN A EVENTOS ADVERSOSEN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN*. (U. d. Bosque, Ed.)
Retrieved 10 de 12 de 2023, from

<https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4499/katherine%20Juliet%20Mart%C3%ADnez%20Herrera%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI” MSP. (marzo de 2022). *Procedimiento de Notificación de Eventos Adversos y Acciones Correctivas- SEGURIDAD DEL PACIENTE –USUARIO* .
http://hgona.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/procedimiento_notificaciOn_de_eventos_adversos.pdf

Jorge A. Manrique-Guzmán, ,. B.-R.-C.-C. (2022). Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Rev Estomatol Herediana*, 32(1), 42-51.
<https://doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v32i1.4182>

Kiviliene J, P. R. (2024). The Relationship between Clinical Environment and Adverse Events Reporting: Evidence from Lithuania. *Healthcare (Basel)*, 12(2), 252.
https://doi.org/10.3390/cuidado_sanitario12020252

Lana, L. D. (2018). Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 17(52), 580-611. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.307301>

León Román, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*,, 22(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es&tlng=es

Lizcano-Jaramillo, P. A., & Camacho-Cogollo, J. E. (2019). Evaluación de Tecnologías en Salud: Un Enfoque Hospitalario para la Incorporación de Dispositivos Médicos. *Revista mexicana de ingeniería biomédica*, 40(3).

<https://doi.org/https://doi.org/10.17488/rmib.40.3.10>

Manrique, B. T. (s.f.). Derecho de los Pacientes a la Seguridad. *Universidad de Cantabria*.

<https://ocw.unican.es/pluginfile.php/582/course/section/263/Tema%25201%2520Fundamentos.pdf>

Manzo, B. F. (23 de diciembre de 2019). Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. (Epub, Ed.) *Enfermería Global*, 18(52), 19-56. <https://doi.org/10.6018>

Mármol López, M. I. (27 de junio de 2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 92. Retrieved 3 de 12 de 2023, from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100501&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Sanidad y Política Social y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronaria. (2009). Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. *SYREC*, 14. Retrieved 2024, from https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/syrec_0.pdf

Moscoso, H. V. (2015). *Norma Técnica de Seguridad del Paciente*. (MSP, Ed.)

Retrieved 23 de 03 de 2023, from Norma Técnica de Seguridad del Paciente:

<http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>

MSP- Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora. (31 de 3 de 2022).

Procedimiento de notificaciones de eventos adversos y acciones correctivas .

Retrieved 24 de 1 de 2024, from [http://hgona.gob.ec/wp-](http://hgona.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/procedimiento_notificaciOn_de_eventos_adversos.pdf)

[content/uploads/2022/09/procedimiento_notificaciOn_de_eventos_adversos.pdf](http://hgona.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/procedimiento_notificaciOn_de_eventos_adversos.pdf)

NA Riera-Vázquez, G. G.-A.-M.-L.-T.-H. (julio-agosto de 2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Revista de investigación de calidad sanitaria*, 37(4), 239-246 . <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.003>

Oliveira AC, G. P. (2016). Carga de trabajo de enfermería y aparición de eventos adversos en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Rev Esc Enferm USP*, 50(4), 683-694. <https://doi.org/10.1590/S0080->

OMS. (2009). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009-La cirugía segura salva vidas*. Retrieved 30 de marzo de 2023, from Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009-La cirugía segura salva vidas: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;sequence=1

OMS. (3 de agosto de 2021). *PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021-2030 Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care]*, ISBN 978-92-4-006250-4 (versión

- electrónica). (O. M. Salud, Editor) Retrieved 2024, from
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- OMS. (Septiembre de 2023). Seguridad del paciente. OMS. Retrieved 12 de 2024, from
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- OPS. (2022). *Determinantes Ambientales de Salud*. Retrieved 16 de 1 de 2024, from
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>
- Organización Mundial de la Salud & Organización Internacional del Trabajo. (2020).
Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: manual sobre la
protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia. *Unidad de
Gestión de la Producción de Publicaciones (PRODOC) de la OIT*.
[https://doi.org/ISBN OMS: 978-92-4-000544-0](https://doi.org/ISBN%20OMS%3A%20978-92-4-000544-0) (versión electrónica en PDF)
- Ortega Cerda, J. J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica.
Acta médica Grupo Ángeles, 16(3), 226-232. Retrieved 15 de 12 de 2023, from
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.
- Pública, M. d. (2016). Seguridad del paciente-usuario. Manual. *1era edición*.
<http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>
- Pupiales, R. C. (2020-2021). *UNIANDES*.
<https://www.studocu.com/ec/document/universidad-regional-autonoma-de-los-andes/endodoncia/evento-cuasifalla-errores-tecnicas-de-enfermeria/20802590>

Rangel Caballero, L. G. (2014). Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1185-1197. <https://doi.org/0.20960/nh.1057>

Rangel Caballero, L. G. (2017). Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1185-1197. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.20960/nh.1057>

Rodríguez, P. A., & Sandra P. Beltrán, Y. K. (2016). Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución académica en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Investigación y Tecnología para la visión ocular*, 14(1), 79-87. <https://doi.org/https://doi.org/10.19052/sv.3518>

Santivañez Pimentel, A. C. (2019). La notificación y análisis de los eventos adversos: experiencia en el HONADOMANI San Bartolomé. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(1), 45-50. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2151>

Saturno, P. J. (diciembre de 2007). SEGURIDAD DEL PACIENTE: ENFOQUES Y METODOS. *Indicadores de estructura y proceso para la seguridad del paciente*. Murcia: Universidad de Murcia. Retrieved 24 de 02 de 2023, from SEGURIDAD DEL PACIENTE: ENFOQUES Y METODOS:

[https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/III_Conferencia/03_um_s
aturno.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/III_Conferencia/03_um_s
aturno.pdf)

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud-Dirección General de
Calidad y Educación en Salud. (s.f.). Glosario de términos aplicados a Seguridad
del Paciente. Retrieved 2024, from
http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

Toril Rubio, M. B. (4 de 2017). Revisión sistemática de las complicaciones de los
dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico. *Enfermería
Global - Rev. Electrónica*.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.251571>

UNIR. (16 de enero de 2023). Seguridad del paciente quirúrgico: protocolos para reducir
los eventos adversos en quirófano. (U. I. Rioja, Ed.) *UNIR REVISTA*. Retrieved 2
de 4 de 2023, from [https://www.unir.net/salud/revista/seguridad-paciente-
quirurgico/#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20quir%C3%BArgico
%20tiene%20como%20objetivo%20aplicar%20las,durante%20la%20intervenci%
C3%B3n%20en%20quir%C3%B3fano](https://www.unir.net/salud/revista/seguridad-paciente-
quirurgico/#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20quir%C3%BArgico
%20tiene%20como%20objetivo%20aplicar%20las,durante%20la%20intervenci%
C3%B3n%20en%20quir%C3%B3fano).

Varallo FR, G. S. (2014). Causas del subregistro de eventos adversos a medicamentos
por parte de los profesionales de la salud: una revisión sistemática. *Rev Esc
Enferm USP*, 48(4), 739-747. [https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s0080-
623420140000400023](https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s0080-
623420140000400023)

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la
prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es.

WHO. (2021). Acción mundial en pro de la seguridad del paciente-Punto 5 del orden del día provisional. Retrieved 24 de 02 de 2024, from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_6-sp.pdf

Yárnoz, A. Z. (enero-febrero de 2015). La tecnología como instrumento para la transformación del cuidado. *Nursing*, 32(1), 6.
<https://doi.org/https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-la-tecnologia-como-instrumento-transformacion-S0212538215000023>

Zabalegui, A. (febrero de 2015). La tecnología como instrumento para la transformación del cuidado. *Nursing Versión Española*, 32.
<https://doi.org/10.1016/j.nursi.2015.01.001>

Zárate-Grajales, R. S.-Á.-A.-C.-S.-L.-Á.-A.-L.-R. (Oct-Dic. de 2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería universitaria*, 14(4), 277-288.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>