



REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE

Modelo de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina

Tropical "Pedro Kourí"

**Tesis presentada en opción al grado científico de Máster en Ciencias de
Enfermería**

Autora: Lic. Misleidy Pérez López

La Habana, Cuba

2025



REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA "LIDIA DOCE"

Modelo de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina

Tropical "Pedro Kourí"

Tesis presentada en opción al grado científico de Máster en Ciencias de Enfermería

Autora: Lic. Misleydis Pérez López.

Tutor: Dr.C. Niurka Milán Dobson. PT

Dr.C. Esther Izquierdo Machín. PT

La Habana, Cuba

2025

DEDICATORIA

A mis hijos y mi nieta, por existir y por formar parte inseparable de mi vida.

A mi padre, por estar siempre presente, por conducirme por el camino correcto y pendiente de ver la obra terminada.

A mi compañero, por su paciencia, su apoyo incondicional, su empuje, su cooperación.

AGRADECIMIENTOS

Es difícil dejar plasmado en pocas palabras el agradecimiento a aquellas personas, que de una forma u otra dedicaron su tiempo e hicieron posible el desarrollo de este trabajo, pues inconscientemente podemos cometer el error de no mencionar algunas de ellas que desde el anonimato también cooperaron indirectamente con sus acciones para que la autora dedicara el tiempo y espacio suficiente a la preparación y desarrollo del mismo.

No obstante nos parece justo agradecer al claustro de profesores, que con su trabajo hicieron posible dotar a la autora de los conocimientos y herramientas necesarias para el desarrollo del tema investigativo.

Agradecer a mis tutoras Dr.C. Niurka Milán Dobson y Dr.C. Esther Izquierdo Machín, quienes fueron capaces de dedicarme el tiempo y el apoyo metodológico para conformar el cuerpo de dicho trabajo.

Agradecimiento especial para la tutora Dr.C. Esther Izquierdo Machín, que con su entrega constante y amor a la profesión me orientó la metodología para investigar y desarrollar punto a punto el tema investigativo.

A Delmis por su ayuda desinteresada, demostrando que las verdaderas amistades son para siempre.

A Yanet Povea por su apoyo, confianza, paciencia y sensatez.

A Anabel, por su ayuda y entrega.

A mi pareja por su paciencia, su apoyo incondicional, su empuje, su cooperación y por entender la importancia que representa este trabajo para mí.

A mi familia, que siempre supe que estaban ahí y que podía contar con ellos.

A todos,

¡Muchas gracias!

SÍNTESIS

La notificación de eventos adversos representa un pilar fundamental para fortalecer la seguridad del paciente en los sistemas de salud. Su práctica efectiva se ve limitada por barreras estructurales, organizacionales y culturales. Ante esta problemática, se realizó una investigación de servicios y sistema de salud mediante un proyecto de desarrollo tecnológico, con un diseño cuantitativo con enfoque observacional-descriptivo en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" en el periodo 2024, con la finalidad de diagnosticar la actuación de Enfermería en la notificación de eventos adversos. Para darle salida a los objetivos propuestos se realizó un cuestionario.

Esta tesis propone un modelo integrado orientado a optimizar la notificación de eventos adversos desde un enfoque preventivo, colaborativo y sistémico. El modelo fue concebido a partir de una revisión crítica de la literatura. La propuesta de modelo integrado responde a una necesidad identificada en la práctica clínica de enfermería, donde la fragmentación de los registros actuales limita la capacidad de análisis y mejora continua en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Su diseño responde a principios de viabilidad, sostenibilidad y adaptabilidad en la institución. Así contribuye al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud, al disminuir la ocurrencia de daños prevenibles y promover a la mejora continua en la atención.

INDICE

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL.	9
1.1 Antecedentes de los sistemas de notificación y vigilancia de eventos adversos en salud.	9
1.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y causalidad de los eventos adverso.	15
1.3 Factores que contribuyen a la aparición de eventos adversos y la Teoría de Florence Nightingale.	19
1.4 La notificación de eventos adversos y la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto.	24
Conclusiones Capítulo I.	27
CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO INICIAL DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL “PEDRO KOURÍ”.	28
2.1 Parametrización de la variable de estudio.	28
2.2 Caracterización del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri".	31
2.3 Diseño metodológico de la investigación.	33
2.4 Análisis de los resultados.	34
2.5 Resultado de la triangulación metodológica. Inventario de problemas y potencialidades en el desarrollo de la actuación de enfermería en relación con la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".	44
Conclusiones Capítulo II.	45
CAPITULO III. PROPUESTA DE REGISTRO INTEGRADO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ”.	47
3.1 Proceso de modelación de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”.	47
3.2 Fundamentación y características de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”.	49
Conclusiones Capítulo III.	58

CONCLUSIONES.	59
RECOMENDACIONES.	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años, la atención segura de la persona se ha convertido en una preocupación mundial, debido a que los daños ocasionados ocupan un lugar muy importante en la lista de causas de morbilidad.¹ En el mundo, la prestación de servicios en la atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. Reconocer esta perturbadora realidad y tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura, debe ser la meta de los prestadores de salud, basada en los derechos de los pacientes a recibir una atención segura en todo momento.²

La seguridad de los pacientes es una prioridad de salud mundial y un elemento fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud necesario para alcanzar la cobertura sanitaria universal.¹ La seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos. En el contexto asistencial más amplio, consiste en un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.²

Sin embargo, aunque el concepto de seguridad del paciente y los aspectos relacionados con él se recogen desde los inicios de la civilización, el registro más antiguo data del siglo XVII antes de Cristo (a.C), no es hasta finales del siglo XX con la publicación del informe “Error es humano”, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, que toman auge los estudios científicos relacionados con este tema; esta publicación constituyó a una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.³ Todo ello, propició la inclusión del tema en las políticas de salud internacionales con el surgimiento de la Alianza para la Seguridad del paciente de la OMS en el año 2004.⁴

Esta ocurrencia de eventos incide directamente en el aumento de la morbimortalidad, la estadía hospitalaria y en los costos de los servicios de salud. Además, repercute negativamente en la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por la población, con efectos negativos en las esferas social y económica en general, por el grado de discapacidad que generan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como eventos adversos a los incidentes que resultan en daño no intencional derivados de la atención sanitaria y no relacionados con la evolución natural de la enfermedad de base,⁵ Luengas,⁶ amplía que el evento adverso no solo es

aquel que produce daño físico a la persona, además, pudiera ocasionar daño psicológico innecesario producto de una falla en la atención médica.

A nivel mundial, se estiman hospitalizaciones anuales para 421 millones de personas, y que, en esta estancia, las personas son víctimas en aproximadamente 42.7 millones de eventos adversos, lo que indica que estos daños que sufren los pacientes corresponden a la 14ª causa de morbimortalidad mundial.⁷ En este sentido, los eventos adversos afectan al 10 % de los ingresos hospitalarios y en personas ingresadas en unidades de cuidados intensivos incrementa al 20 %, de los cuales el 50 % son potencialmente evitables, reflejo de la brecha entre la atención real y la ideal⁸. Un estudio realizado en Latinoamérica sobre la incidencia de eventos adversos, arrojó que el 19.8% de los eventos adversos estaban relacionados directamente a la asistencia hospitalaria y el 9.87% de ese porcentaje anterior estaban relacionados con el uso de la medicación.^{9 10}

Cabe resaltar que la seguridad del paciente es fundamental en el cuidado del personal de enfermería, pues, son las enfermeras(o), los que permanecen mayor tiempo con las personas y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas a los cuidados. Muchos de los errores están vinculados al estrés y fatiga, a la insatisfacción, a las condiciones de trabajo, a la inapropiada selección o conducción del personal o desmotivación.

Por ello, el personal de enfermería se convierte en segundas víctimas, a pesar de esto, las acciones casi siempre son enfocadas a la persona, sin prestar la adecuada atención al personal de salud. Es por ello que se hace necesaria la superación sobre el tema y debe ser una responsabilidad de las instituciones de salud detectar estas insuficiencias para la mejora del clima y la cultura de seguridad.

Crear una cultura de seguridad del paciente es de relevancia para las instituciones de salud, por tal razón contar con un proceso de notificación de eventos adversos que disminuya los factores de riesgo al recibir atención en salud, es imprescindible para mejorar la calidad de la notificación de los mismos.

El Sistema Nacional de Salud cubano depende del Ministerio de Salud Pública de Cuba, que es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del estado referente a la salud pública; posee un sistema de notificación de eventos adversos y un Marco Legal Regulatorio amparado por la Ley No. 41 de Salud Pública en su Artículo No. 12 y 104 en sus Disposiciones Generales y en los Capítulos I y VI.^{11 12} Sin embargo, estas herramientas legales no son suficientes para evitar la subnotificación de eventos adversos, por tanto, es importante

optimizar los sistemas en función de contar con registros eficientes que permitan la notificación oportuna de eventos adversos en la práctica clínica.

En tal sentido; autores cubanos en el año 2005, identificaron la necesidad de realizar estudios en diversas instituciones para ampliar el tema de seguridad del paciente en el sistema de salud cubano, al no encontrarse investigaciones que operacionalicen dicha regulación en la práctica asistencial^{13 14}

En el año 2016, se diseñó y aprobó el Manual de Acreditación Hospitalaria,¹⁵ que establece 42 estándares, organizados en tres grupos, el primero contiene 28 indicadores centrados en la atención y seguridad del paciente.

Aunque este manual revolucionó la calidad de los modelos de reporte para la identificación de eventos adversos, carece de instrumentos precisos para la medición y el control de los mismos.¹⁵

^{16 17}

Otro modelo genérico del sistema de gestión de la calidad de la norma es el NC-ISO 9001:2015,¹⁸ que cumple con los requisitos legales y regulatorios, para que las organizaciones de salud satisfagan las crecientes demandas de la sociedad hacia este sector. Permite establecer prioridades y oportunidades de mejora de la asistencia hospitalaria, así como el análisis del registro de eventos adversos y los incidentes.

El Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK), bajo el precepto de "una institución para la humanidad", como dijo el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en el año 1993, es una unidad de subordinación nacional de tercer nivel, pertenece al área de Higiene y Epidemiología del MINSAP y tiene la misión de "Promover y desarrollar la investigación científica y la innovación para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas, que garanticen servicios especializados y de alta tecnología para la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y la atención médica, con vista a mejorar la calidad de vida de la población cubana y del resto de la comunidad internacional".

En su estructura organizativa se encuentra el centro hospitalario. Su labor es asistencial y se complementa con funciones docentes, investigativas y normativas. El personal de enfermería es por tanto, un elemento clave al actuar en múltiples procesos relacionados con la atención a la persona y sus familiares, en cumplimiento de los cuidados de enfermería de forma sistemática, organizada, oportuna, personalizada.

La notificación de eventos adversos constituye un pilar fundamental en la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad asistencial en cualquier institución de salud. En contextos

especializados, como el IPK, donde se tratan enfermedades infecciosas complejas y se brindan tratamientos de alto riesgo como terapias antiparasitarias, antivirales o procedimientos con patógenos emergentes, la identificación y comunicación oportuna de incidentes adquiere una relevancia crítica.

Sin embargo, como ocurre en muchos entornos clínicos la sub notificación persiste como un desafío multifactorial, vinculada a factores como el temor a represalias, la falta de capacitación en la clasificación de eventos adversos o la ausencia de sistemas ágiles y confiables para reportar.

En este escenario, el personal de enfermería desempeña un rol estratégico por su proximidad al paciente y su participación transversal en los procesos asistenciales. Diseñar e implementar estrategias específicas para fortalecer la cultura de notificación desde esta disciplina no solo permitiría mitigar riesgos, sino también optimizar protocolos y salvaguardar la salud de poblaciones vulnerables, como niños y personas con enfermedades infecciosas. El objetivo final es contribuir a un registro sanitario más seguro, transparente y alineado con los estándares globales de salud pública en entornos de alta complejidad.

La hospitalización constituye uno de los procesos claves para lograr los objetivos de calidad. Se brinda atención a personas cubanas y extranjeras con enfermedades infecciosas, esto implica una atención médica especializada con un seguimiento riguroso de cada afección para asegurar la recuperación de la persona y prevenir la propagación de infecciones. Durante la etapa indagatoria de la investigación se realizó un estudio exploratorio en los servicios de hospitalización y se revisaron historias clínicas que le permitió a la autora constatar, que las personas a menudo desarrollan eventos adversos debido a los tratamientos y procedimientos a los que están expuestos.

Lo anterior ha permitido identificar una insuficiencia en la notificación de dichos eventos, principalmente porque los modelos de registro existentes están fragmentados y no abarcan todos los tipos de eventos adversos. En el IPK existen modelos específicos para la notificación de registros relacionados con la seguridad del paciente, como por ejemplo para el registro de la colocación de catéteres, lesiones por úlceras por presión, prevención de caídas, Infecciones asociadas a los servicios sanitarios (IASS), así como modelos para la notificación de eventos adversos en estudios de farmacovigilancia, vacunas y medicamentos.

Para corroborar lo antes expuesto se realizó una revisión en el departamento de estadísticas de las bases de datos comprendidas entre los años 2019 al 2024 donde se observó un número muy bajo notificaciones reportadas.

Los elementos antes expuestos, la sistematización realizada y las vivencias acumuladas por la investigadora durante los 24 años de ejercicio en la profesión en dicho centro, le permite plantear que debe existir una integración de los registros existentes, de esta manera se evitarían subregistros por parte de los profesionales involucrados, estas razones permiten identificar la siguiente **situación problemática**: Insuficientes reportes de eventos adversos que permiten la identificación y control de los mismos para garantizar la seguridad del paciente.

De lo expresado con anterioridad se declara el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir al proceso de notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería? Se determina como **objeto de estudio** proceso de notificación de eventos adversos y el **campo de acción**: la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería en el IPK.

Para resolver el problema científico enunciado con anterioridad el compromiso de la investigadora se expresa en el siguiente **objetivo general**: Proponer un modelo integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

Declarándose los siguientes **objetivos específicos**.

1. Identificar los referentes teóricos que sustentan la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería.
2. Caracterizar el estado inicial de la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería en el IPK.
3. Proponer un registro para la mejora de la notificación de eventos adversos en el IPK.

Se realizó una investigación de servicios y sistema de salud mediante un proyecto de desarrollo tecnológico, con un diseño cuantitativo con enfoque observacional-descriptivo en el IPK en el periodo 2024. Con la finalidad de diagnosticar la actuación de Enfermería en la notificación de eventos adversos, a partir de ello identificar los problemas y potencialidades, así como proponer un modelo integrado que permitan mejorar la actuación de enfermería para la notificación de eventos en el IPK.

La población de estudio fue el personal de enfermería que laboran en los servicios del citado centro (centro de recepción de ingresos, unidad de cuidados intensivos, salas de medicina, salón, hemodiálisis, consulta externa, esterilización, departamento de enfermería) y que forman parte de la plantilla durante el tiempo del estudio.

El muestreo fue no probabilístico, en específico se empleó un muestreo intencional o por juicio, según criterio de la autora en consideración a los criterios de inclusión para participar en el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Ser parte de los recursos humanos de Enfermería que laboran en el IPK
- Que expresen su consentimiento en participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Que se encuentren de certificado médico, certificado sin sueldo y licencia de maternidad.
- Que no quieran formar parte del estudio

La investigación se apoya en la dialéctica materialista. Se emplearon las operaciones lógicas del pensamiento (análisis, síntesis, inducción y deducción), más la utilización combinada de métodos nivel teóricos, métodos nivel empírico, estadístico y matemático para dar validez y confiabilidad a los resultados obtenidos.

Indagaciones del nivel teórico:

Sistematización: posibilitó encontrar interrelaciones y nexos entre la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería y los elementos teóricos de la propuesta del modelo de registro integrado. Favoreció además la organización de los contenidos por capítulos y epígrafes de forma tal que expresara la concepción dialéctica y cambiante del objeto como resultado de la actividad transformadora y su relación con el medio.

Análisis documental: Se apoyó en el estudio de los textos, artículos, documentos oficiales relacionados con el tema. A su vez la autora consulto investigaciones del gremio de la enfermería que abordan la temática de estudio.

Histórico-lógico: se abordó el recorrido histórico del objeto de estudio a través del tiempo, así como su desarrollo lógico durante su evolución, lo que facilitó la actualización y caracterización del fenómeno de estudio, a partir de los antecedentes.

Sistémico estructural-funcional: posibilitó la identificación y relaciones de los referentes existentes entre el proceso de notificación de eventos adversos y accionar del personal de enfermería en el IPK. Se establece la relación entre los componentes de la propuesta que se propone, dándole coherencia en función de transformar el proceso de notificación.

Modelación: a través de un proceso de abstracción se estudiaron y descubrieron nuevas cualidades, relaciones, principios o leyes que transformaron el objeto de estudio en un modelo ideal. Lo antes señalado favoreció la elaboración de la propuesta, con los elementos y componentes reales del proceso de notificación de eventos adversos, que articula y propicia de forma simplificada la realidad.

Indagaciones del nivel empírico:

Observación: contribuyó a explorar el proceso de notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería en el IPK antes de aplicar la propuesta. Para ello se elaboró una guía de observación.

Encuesta: al personal de enfermería que labora en el IPK con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos y de ejecución con relación al proceso de notificación de eventos adversos en el contexto de actuación.

Consulta a especialistas: para constatar la validez de la encuesta

Los métodos estadísticos y matemáticos, se realizó un formulario para la digitalización de las encuestas en Microsoft Access 2013, sus datos fueron procesados con la misma aplicación la cual permitió organizar los datos en tablas y calcular sus porcentajes. Posteriormente se exportaron a Microsoft Excel 2013 para obtener los gráficos.

Contribución a la teoría: Está dada a la Ciencia de la Enfermería, porque en el diseño del modelo se concibe la propuesta de la notificación de eventos adversos por el personal de enfermería de una manera integrada lo que permite no solo analizar y prevenir errores futuros, sino que promueve una cultura de seguridad, transparencia y mejora de la calidad, en aras de brindar un cuidado centrado en la persona al convertir los desafíos en oportunidades para el crecimiento profesional y la mejora en los estándares de atención

Novedad científica: está dada en la propuesta de un modelo integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK lo que permitirá ahorrar tiempo al personal de enfermería, reducir costos, establecer un compromiso ético y fomentará el desarrollo de competencias clínicas. A su vez apoyara el fomento de un sistema de conocimientos objetivos acerca de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, que se derivaran de la actividad propia del cuidado de la persona como ser social. El modelo integrado para la notificación de eventos adversos tiene un carácter histórico y en permanente cambio

Aporte práctico: se revela en la propia propuesta, pues contribuye a favorecer el proceso de notificación de eventos adversos en el IPK, a partir de la determinación de los problemas y potencialidades se consiguió enriquecer la práctica y transformarla a partir del enfoque sistémico de propuesta.

Descripción de la tesis: La tesis está estructurada en: Introducción, tres capítulos: **Capítulo I.** Referentes teóricos que sustentan la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería en el contexto internacional y nacional. **Capítulo II** Caracterización del estado inicial de la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería en el IPK. **Capítulo III:** Propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK, **conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.**

CAPÍTULO I.

**REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA NOTIFICACIÓN DE
EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL.**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Las notificaciones de eventos adversos deben tener como sustentos referentes teóricos que den crédito a las decisiones de la práctica asistencial, y a la vez responder a las evidencias científicas actuales que permitan generar una cultura de buenas prácticas de cuidados y de seguridad del paciente. Para dar cumplimiento en el siguiente capítulo se sistematizan los antecedentes, las teorías, conceptos y preceptos que están en interrelación con la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería en el contexto internacional y nacional.

1.1 Antecedentes de los sistemas de notificación y vigilancia de eventos adversos en salud.

A pesar de que, el concepto de seguridad del paciente y los aspectos relacionados con él se recogen desde los inicios de la civilización, y de que la práctica asistencial tiene como uno de sus fundamentos: "Primero no dañar", esta ha convivido por mucho tiempo con el error y el daño a las personas.¹⁹

En 1955 Barr señalaba que "los errores son el precio a pagar por la modernización", Moser en 1956 ratificó el enfoque "los errores, son las enfermedades del progreso médico" y Chatier en 1999 afirmaba que "antes la medicina era sencilla, poco efectiva y relativamente segura; hoy es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa".²⁰

El propósito de la calidad asistencial es tratar de reducir, mitigar y disminuir los eventos adversos que puedan efectuarse como consecuencia del proceso de atención. González,²¹ en su tesis se refiere a que una atención insegura puede deberse a fallas en la atención definida como un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso que se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión).

Se pueden presentar diferentes situaciones que atentan contra la vida de la persona durante la asistencia sanitaria; como; Incidente situación que pudo haber terminado en un accidente, daño o lesión pero que no ocurrió, bien sea debido al azar o por una intervención oportuna^{22 23} cuasi evento: error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación; error: acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla; error por comisión:

error que se produce como consecuencia de una acción; error por omisión: error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida.

Los diferentes tipos de errores que se ven condicionados por los agentes causales o factores que los desencadenan culminan o dan apertura a lo que se denomina eventos adversos. Quispe²⁴ realiza una sistematización de autores que definen eventos adversos:

Villarreal, sostiene, “[...] un evento adverso no es más que el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no se debe a la propia enfermedad” o como hace mención el Consejo Internacional de Enfermería “[...] es el resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”.

Palacios; enfatizan que, el evento adverso se define como “[...] el daño no intencional o complicación que resulta en la estancia hospitalaria prolongada y no prolongada, discapacidad al momento del alta o muerte y es causado por el manejo de la atención en salud más que de la enfermedad del paciente”.

Aranaza, indica que, todo acto inesperado a causa de un personal de salud se le conoce como evento adverso. Es grave si causa la muerte o se necesita de una intervención quirúrgica, moderada si ocasiona un alargamiento en la estancia hospitalaria y leve si causa alguna lesión, pero sin complicación en el tiempo de hospitalización.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2023, manifiesta que un evento adverso es una lesión que se produjo de manera no intencional y que está relacionada con la asistencia sanitaria.^{22 25} Rivas en el mismo periodo; lo define como sucesos imprevistos, y no intencionales que generan un daño o complicación al paciente a causa de la atención en salud, siendo la mayoría evitables, los clasifica en:

Evento adverso prevenibles: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado,²³ Evento adverso no prevenibles: son eventos no deseados e intencionales, que a pesar de haber cumplido los protocolos y estándares de seguridad sucedieron.²³ Centinelas: son eventos que tienen como consecuencia un daño físico, psicológico o mental de gran severidad que generan un daño temporal o permanente en el persona, incluso puede causar su muerte.²⁶

Se puede clasificar por la intensidad del evento adverso: Leve: incomodidad o insatisfacción por la pérdida del confort. Moderado: aumento de la estadía hospitalaria, realización de procedimientos

adicionales a los preestablecidos. Grave: lesión que provoca discapacidad permanente o muerte de la persona.²⁷

Además; se pueden clasificar por factores que predisponen al suceso de eventos adversos: Los factores intrínsecos: es una comorbilidad atribuida a condiciones clínicas, sociales, mentales, psicológicas y a nivel de relaciones interpersonales. Los factores extrínsecos están asociados a la realización de procedimientos y cuidado intrahospitalario, se puede observar mediante el uso de dispositivos, administración de medicamentos, entre otros. Factores sistemáticos: pueden involucrar uno o varios a la vez como lo son; los factores individuales del trabajador de salud (físicos, mentales y psicológicos), del equipo de salud, comunicación, protocolos institucionales, toma de decisiones clínicas, entrenamiento constante, supervisión, recursos, condiciones laborales, etc.²⁸

Estos elementos motivan, a que adquieran un significativo valor los sistemas y registros de notificación de eventos adversos, los cuales representan una estrategia que influye en la mejora de la seguridad del paciente, al estar incluido entre los componentes de la cultura de seguridad y los estándares de calidad de las instituciones. Estos sistemas de notificación y registro fueron creados en el ámbito no sanitario, con el objetivo de poder agrupar datos referentes a incidentes (sin daño) o accidentes (con daño) y poder establecer un perfil de los problemas más frecuentes en la organización, y generar una fuente de aprendizaje de los errores.

Su génesis se remonta a 1950 con el desarrollo por la industria de la aviación. Posteriormente fue adoptado por otros sectores, como la industria ferroviaria, petroquímica, nuclea.²⁹ Con sistemas de registros de manera obligatoria desde la década de los años 70, dada a las grandes pérdidas económicas que representaban los eventos y los impactos negativos en términos de reputación³⁰. En el sector de la salud, la referencia a estos sistemas de registros data desde 1916, Ernest Codman,³¹ expuso las ventajas y desventajas de la notificación de eventos adversos.

Según González y colaboradores³² en el año 2025, en América son reconocidos como pioneros del cuidado en salud relacionado a la calidad y la seguridad del paciente, Walter Shewhart (1930), Heinrich (1931), William Edwards Deming (1950), Avidis Donabedian (1964) y Joseph M. Juran (1995). El Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales en 1950 y la creación en 1951 de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. Ambos organismos han contribuido a expandir, las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad, incluida la necesidad de implantar sistemas de notificación y registro de incidentes.

Evidencia de lo antes expuesto, es el Informe *To Err is Human* publicado en el año 1999, por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos³. Este informe fue un catalizador para el desarrollo de sistemas de vigilancia más formales de notificación de eventos adversos y constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Relacionado al tema varios autores argumentan acerca de la notificación de eventos:

Mihalko, alega en el año 2010 que los cirujanos ortopédicos deben utilizar el programa MedWatch para informar eventos adversos con dispositivos aprobados por la FDA, identificando tendencias y ayudando a proteger a los pacientes.³³ Siman; en el 2017 argumenta que la notificación de eventos adversos se ve obstaculizada por lagunas en el conocimiento, temor al castigo y comunicación informal, lo que genera un subregistro.³⁴

De Lima y colaboradores, en el año 2018 manifiestan que las mayores limitaciones que encuentran los profesionales de la salud al notificar errores/eventos adversos son de carácter organizacional, como falta de cultura de reporte, conocimiento insuficiente sobre el sistema de notificación, sobrecarga de trabajo, presión en el trabajo y ausencia de retroalimentación.³⁵

Sin embargo en el año 2019 Furini, despunta el papel de las enfermeras al señalar que son los profesionales que más eventos adversos notifican para un 71%, muy por encima de los médicos con un 8% en un complejo hospitalario.³⁶ En este mismo año Neves, puntualiza que las notificaciones de eventos adversos de Brasil en un hospital docente se duplicaron entre 2014 y 2016, estando involucrados principalmente miembros del equipo de enfermería.³⁷

Existen factores que dificultan o limitan la notificación de eventos adversos un estudio en el año 2019 de De Souza Mascarenhas; concluye que los profesionales de la salud enfrentan obstáculos para reportar eventos adversos, como miedo al castigo, fragilidad en el conocimiento, sobrecarga de trabajo y falta de compromiso, lo que lleva al subregistro.³⁸ Mascarello en su estudio en el año 2021 describe que en un hospital de gran tamaño se notificaron incidentes y eventos adversos, de los cuales el 65,30% estaban relacionados con la farmacovigilancia y el 48,6% presentaban daño potencial.³⁹

La sistematización realizada me ha permitido asumir que la notificación de eventos adversos es un proceso mediante el cual se identifica los incidentes o errores a través de la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, lo cual se debe apoyar en el desarrollo del pensamiento crítico reflexivo, basados en un sistema de conocimientos y evidencias que avalen la eficacia y la eficiencia de su práctica.

Por tal motivo; es de resaltar la importancia de los distintos tipos de sistemas de notificación sean voluntarios u obligatorios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios, su aplicación y su desarrollo implican beneficios para las organizaciones, ya que involucran oportunidades de modelización de los efectos, monitorización, aumento de la concienciación de los problemas y utilización más eficiente de recursos. Se destacan países como: Australia, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Brasil, México, Colombia, Perú, Argentina, España, Portugal, Suecia, entre otros.⁴⁰ Podemos citar:

Estados Unidos de América, Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP): sistema de notificación de errores de medicación y prevención⁴¹ y en el Reino Unido, National Reporting Learning System (NRLS) reporte de incidentes para cuidados intensivos.⁴²

En España, El Plan Nacional de Calidad del SNS creó el sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP); el sistema de registro y notificación de errores de medicación del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP), el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR), el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en Unidades de Cuidados intensivos (ENVIN-HELICS), el Sistema de Gestión de Incidentes del Observatorio de Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza con su app AVIZOR y la Plataforma para la gestión de seguridad del paciente mediante su software de gestión participativa, gestión de riesgo y cumplimiento.²⁹

En la región de las américas; Brasil desde el año 2013, tiene importantes y destacados resultados en el tema con la creación del Programa nacional de seguridad del paciente,³⁴ con el desarrollo de la Red de hospitales centinelas de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y la implementación de la herramienta electrónica del Sistema de Notificación en Vigilancia Sanitaria. Como también se destaca Ecuador, el registro de eventos adversos se realiza a través de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), la cual gestiona la farmacovigilancia y tecnovigilancia. Los eventos adversos, incluyendo reacciones adversas a medicamentos (RAM) y eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI), deben ser notificados a través de formularios específicos y enviados al Centro Nacional de Farmacovigilancia.⁴³

En Cuba, desde 1983 comienza un desarrollo de sistemas de notificación de eventos adversos atribuibles a los medicamentos, inmunización, hemoderivados, a alimentos, a dispositivos, a equipos médicos, infecciones hospitalarias; pero los primeros estudios relacionados con el tema comenzaron a tomar forma en la década de 1990. Uno de los primeros en destacar fue el Centro Nacional coordinador de ensayos clínicos (CENEC), que evaluó la calidad de los reportes de eventos adversos en ensayos clínicos entre los años 1993 y 2002. Este centro identificó varias

dificultades en los reportes, como la omisión de datos de intensidad y la falta de análisis de causalidad.⁴⁴

Además, en el año 1999, Cuba implementó otro sistema de vigilancia de eventos adversos a la vacunación en el Sistema de Salud Pública. Este sistema fue crucial para garantizar la eficacia y la seguridad de las vacunas, así como para mantener la confianza de la población en los programas de inmunización.^{45 46}

En el año 2018, surge el primer referente cubano en cuidados intensivos, resultó un gran aporte a la práctica profesional y académica de Enfermería denominado Sistema de vigilancia de eventos adversos, en el contexto del paciente adulto.⁴⁷ Estudió 517 pacientes de enero a septiembre de 2017 y encontró que fueron reportados 259 incidentes en 182 pacientes. Otras herramientas de notificación autóctona en el ámbito de la metodología son las diseñadas por León y colaboradores en el año 2020, un sistema de registro y notificación de lesiones por presión y caídas en pacientes hospitalizados, en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.^{48 49} Estos sistemas tienen como limitación que solo permiten compilar y analizar dos de los eventos relacionado con el cuidado de enfermería.

Según criterios de la autora, los sistemas de registro de notificaciones en el sector sanitario, sean voluntarios u obligatorios son estrategias, que no tienen como objetivo principal calcular la frecuencia de eventos adversos e incidentes. En cambio, estos registros sirven para recabar información crucial sobre las causas que llevan a la ocurrencia de dichos eventos. A partir del análisis de estos datos, es posible aprender de los errores cometidos y fomentar una cultura de seguridad del paciente.

Los elementos antes expuestos a través de la sistematización realizada por la autora sobre la notificación de eventos adversos le permiten identificar como regularidad que los autores consultados coinciden en que estos son incidentes clínicos no intencionales ocasionados durante la atención sanitaria, que no está vinculado al curso natural de la enfermedad. Incidentes que pueden causar complicaciones como discapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, o fallecimiento, siendo muchos de ellos prevenibles, y su gravedad puede variar según las circunstancias y el manejo de la atención en salud. Criterios con lo que la autora coincide.

1.2 Modelo explicativo de la ocurrencia y causalidad de los eventos adverso.

Para el análisis multicausal de los eventos adversos se utiliza el modelo explicativo "Swiss Cheese Model" ("Modelo de Queso Suizo") desarrollado por el profesor James Reason, experto en la investigación del "error humano".⁵⁰ Es pertinente señalar que el error humano es un término que se utiliza para describir situaciones en las que una secuencia planificada de actividades mentales o físicas no logran el resultado previsto, estos fallos no se pueden atribuir a una intervención externa.

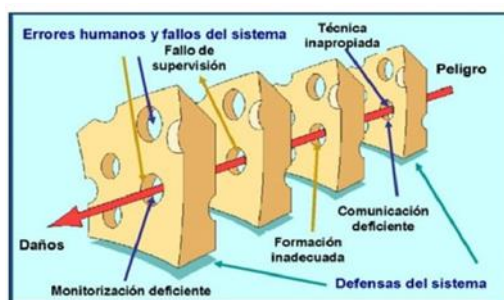
Los logros de James Reasons han sido reconocidos con múltiples premios tanto a nivel nacional como internacional. Sus publicaciones a partir de 1961 abarcan una amplia gama de temas: enfermedad de movimiento, distracción, error humano, factores humanos, cultura de seguridad y gestión de los riesgos de accidentes organizacionales en diferentes industrias. James Reason nació en 1938 y vivió su infancia en Watford, cerca de Londres, Gran Bretaña. Comenzó su carrera profesional como estudiante de medicina, pero finalmente cambió hacia la psicología.⁵¹

El "Modelo de Queso Suizo" es una metáfora ampliamente utilizada en la investigación. Este modelo ha sido aplicado en varios campos, desde la seguridad del paciente hasta la cosmología cuántica. El modelo de queso suizo es un marco ampliamente utilizado para analizar errores médicos y mejorar la seguridad del paciente. Este modelo, desarrollado por James Reason, visualiza los sistemas de defensa en la atención médica como rebanadas de queso suizo, donde los agujeros representan fallas o potenciales errores lo que explica que cada paso de un proceso tiene el potencial de fallar y los errores pueden afectar negativamente el resultado final cuando todos los "agujeros" se alinean, así, puede afectar la seguridad del paciente.⁵²

La autora ha tenido en consideración que el modelo de queso suizo se basa en la teoría de los fallos y latentes. Algunos críticos lo consideran una simplificación excesiva de cómo ocurren los accidentes, aún que otros han tratado modificándolo para abordar mejor la complejidad del error humano en la atención médica ⁵³. A pesar de las críticas, el modelo sigue siendo relevante debido a sus fundamentos sistémicos y su uso en industrias de alto riesgo.

Este modelo, describe al accidente como el resultado de la superposición o conjugación de fallas en diferentes niveles de la organización en un mismo momento. Esta herramienta conceptual nos permitirá identificar y analizar los factores causales que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos en sistemas complejos.⁵⁴

MODELO EXPLICATIVO



Según este modelo, los sistemas de salud están compuestos por múltiples capas o barreras de protección, representadas como rebanadas de queso suizo. Cada una de estas barreras tiene agujeros, que simbolizan vulnerabilidades, fallos humanos, limitaciones organizativas o problemas técnicos. Estos agujeros no suelen estar alineados de manera simultánea, pero cuando lo están, permiten que un riesgo atraviese todas las capas y resulte en un evento adverso.⁵⁵

En el desarrollo de este concepto coexisten dos abordajes contribuyentes en la aparición de estos errores, se pueden dividir en factores centrados en la persona y factores centrados en el sistema. El factor centrado en la persona surge de acciones inseguras y violaciones de los procedimientos, como resultado de problemas de motivación, sobrecarga laboral, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. El modelo centrado en el sistema es diferente, ya que valora que todas las personas cometen errores, pero estos son consecuencias de debilidades del sistema, las cuales deben ser identificadas y corregidas, al tratar de modificar las condiciones. Es decir, las personas son falibles y los errores son esperables. De tal manera, el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores ocurran.

La importancia del modelo radica en su enfoque sistémico de la seguridad del paciente. Plantea que los errores no deben atribuirse únicamente a fallos individuales, sino que son el resultado de una serie de fallas acumulativas dentro del sistema. Este paradigma fomenta una comprensión más amplia y estructural de la prevención de errores, al enfocarse en fortalecer las barreras para que los "agujeros" no se alineen.

Las interpretaciones del modelo de queso suizo, indican la necesidad de un consenso sobre los conceptos que abordan la seguridad del paciente. Además, el modelo ha sido criticado por su visión simplista de los accidentes y su grado de generalidad.^{53 56} Sin embargo, es una herramienta valiosa para el análisis de la causa y otras actividades relacionadas con seguridad del paciente.⁵⁶

El modelo de queso suizo se ha utilizado para mejorar la seguridad en el uso clínico de dispositivos médicos, integrándose con otros modelos para identificar errores humanos

potenciales.⁵⁷ También se ha aplicado en la educación de estudiantes de enfermería, al mostrar un efecto positivo en sus competencias relacionadas con la seguridad del paciente.^{58 59} En el contexto de brotes de enfermedades, como el sarampión en hospitales, el modelo ayuda a identificar y abordar los factores que contribuyen a la transmisión.⁶⁰

El modelo de queso suizo, desarrollado por James Reason, explica cómo el error humano y la distracción afectan la seguridad del paciente. A pesar de su éxito, el modelo de queso suizo requiere adaptación para abordar mejor los procesos cognitivos que influyen en las decisiones de atención médica y las culturas organizacionales. Esta integración de conceptos cognitivos y afectivos podría mejorar la toma de decisiones racionales y, por ende, la seguridad del paciente a nivel global.⁶¹ . Además, se necesita un enfoque multifacético y multidisciplinario para prevenir la transmisión de enfermedades en entornos de atención médica, manteniendo la seguridad del paciente.⁶²

La autora considera que el modelo de queso suizo sigue siendo una herramienta valiosa para mejorar la seguridad del paciente, aunque requiere una adaptación más amplia entre los profesionales de la salud para abordar sus limitaciones y maximizar su efectividad en la práctica clínica.

La teoría suiza del queso de la razón y los sesgos cognitivo-afectivos fue abordada en el año 2017 por Seshia.S, este estudio demostró que la toma de decisiones racionalmente en todo el proceso de atención, puede generar una mejoría en la seguridad del paciente.⁶¹ El modelo del queso suizo integrado puede ser personalizado a la medida de situaciones específicas, y los principios subyacentes aplicados a todos los métodos para mejorar la seguridad.

Wiegmann, D, y otros autores en el año 2021, señalaron que el modelo de queso suizo puede ayudar a los profesionales de la salud en el área de la seguridad de los pacientes a comprender y aprovechar mejor el error humano en la atención médica, al ayudar en el análisis de la causa raíz y otras actividades de seguridad.⁶³ También este modelo direcciona su atención a una cultura de la seguridad del personal, la cual es crucial para la seguridad del paciente, ya que reduce el riesgo de eventos adversos y mejora los resultados de los pacientes.

El modelo de queso suizo ha demostrado ser extremadamente eficaz y potente en el aprendizaje y la planificación, esto lo señaló Mohamed E, en el año 2021. El autor antes señalado, desarrollo una investigación para la implementación del modelo de queso suizo, en la cual logró modificar los niveles positivos de dominios de competencias de los estudiantes (conocimiento, habilidades y actitud) hacia la seguridad del paciente. Este estudio recomienda, revisar el plan de estudios de

enfermería y utilizar diversos métodos de enseñanza para ofrecer una educación para la seguridad del paciente de manera más completa y eficaz.⁶⁴

Aprendizaje Reflexivo en Simulación fue abordado en el año 2022 por Hampe H, a través del modelo de queso suizo.⁶⁵ La colaboración en línea entre estudiantes de salud de EE.UU. y Escocia, al utilizar el error médico simulado llevó a sugerencias de mejora de procesos y colaboración internacional en esfuerzos por incentivar la seguridad de los pacientes.

En el artículo de Ramírez y colaboradores⁶⁶ del año 2025; se analiza este modelo como una base para promover y sustentar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Los autores destacan que la cultura de seguridad debe basarse en un enfoque no punitivo que permita aprender de los errores en lugar de castigarlos, al fomentar así la mejora continua. A través del análisis de los eventos adversos y la identificación de riesgos, el modelo del queso suizo proporciona un marco práctico para implementar estrategias de prevención.

El artículo subraya también la importancia de inculcar una cultura organizacional en la que se priorice la seguridad del paciente como un objetivo compartido por todo el personal de salud. Se plantea que una comprensión colectiva del modelo del queso suizo puede facilitar la adopción de prácticas más seguras, promover la comunicación efectiva y alentar la colaboración interdisciplinaria. Este enfoque, según los autores, no solo fortalece las barreras de protección, sino que también contribuye a un cambio cultural profundo en las instituciones sanitarias, donde la prevención y la seguridad sean valores fundamentales. La autora considera que, al comprender estos elementos, es posible diseñar estrategias efectivas para prevenir futuros eventos adversos y mejorar la seguridad y calidad en diversas áreas. Estudio desarrollado por Durstenfeld, en el año 2019 sugiere la importancia de conferencias sobre el modelo del Queso suizo al aumentar la comodidad de los participantes al analizar cuestiones de seguridad desde una perspectiva de sistemas, utilizando el sistema de informes electrónicos y lanzando iniciativas de seguridad del paciente.⁶⁷

A criterio de la autora de esta investigación el modelo también puede proporcionar un marco para el desarrollo y la evaluación del proceso de notificación de eventos adversos para optimizar las culturas y decisiones en el IPK. Limitaciones según opinión de la autora se sustentan en que es un concepto abstracto, es un modelo virtual, y la mejor evidencia de apoyo es cualitativa e indirecta. El modelo de queso suizo puede ayudar a mejorar la toma de decisiones racional en todo el proceso continuo de la atención, al contribuir al mejoramiento de la seguridad de los pacientes.

1.3 Factores que contribuyen a la aparición de eventos adversos y la Teoría Florence Nightingale.

Los eventos adversos en el entorno de salud son incidentes que comprometen la seguridad del paciente y, a menudo, surgen de múltiples factores interconectados. Estos factores contribuyentes son definidos como circunstancias que han podido desempeñar un papel en el origen o la evolución de un suceso o que ha aumentado la probabilidad de que este suceda. Entre los principales elementos que contribuyen a su aparición se encuentran: factores individuales, como el nivel de experiencia o el estrés del personal; factores relacionados con los pacientes, como su estado clínico y la comunicación de sus necesidades; factor tareas, incluyendo errores en los procedimientos, sobrecarga laboral y falta de recursos, factores sociales y de equipo: relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación, factores de formación y entrenamiento: relacionados con la disponibilidad y calidad de los programas formativos, factores de equipamiento y recursos: relacionados con el correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a las personas, factor entorno o condiciones de trabajo: son aquéllos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo y factores organizativos y estratégicos: son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Una comprensión integral de estos aspectos es crucial para implementar estrategias efectivas que reduzcan los riesgos y mejoren la calidad de la atención médica.

Estudios sugieren que los factores contribuyentes al desarrollo de eventos adversos en hospitales incluyen la complejidad del cuidado, sobrecarga de trabajo hospitalario, errores humanos y organizacionales, y necesidades de atención de enfermería no satisfechas. Sauro, en el año 2021 concluye que los eventos adversos hospitalarios son comunes y un tercio de ellos resultan en daños moderados o significativos (39,7%).⁶⁸

Los factores individuales son determinantes en la aparición de eventos adversos en entornos hospitalarios, ya que están directamente relacionados con las competencias y el estado del personal sanitario. Entre estos factores destacan el nivel de experiencia y formación, pues una capacitación insuficiente puede incrementar el riesgo de errores. Asimismo, el cansancio físico o emocional, derivado de largas jornadas laborales o el estrés, afecta la capacidad de concentración y juicio.

Las habilidades de comunicación juegan un papel clave, ya que una interacción deficiente puede ocasionar malentendidos dentro del equipo médico o con las personas. Además, las actitudes y percepciones del personal, como el exceso de confianza o la indiferencia, pueden comprometer la adherencia a los protocolos de seguridad. En conjunto, estos factores subrayan la importancia de

apoyar al personal mediante capacitación continua, estrategias de manejo del estrés y una cultura de trabajo colaborativa. Martínez y colaboradores (2020) deficiencias en la comunicación como un factor recurrente en eventos adversos, haciendo hincapié en la necesidad de estrategias efectivas de mejora en la comunicación interprofesional para reducir la incidencia de estos eventos⁶⁹. Además Adamuz, en el mismo año argumenta que los factores individuales de la complejidad de la atención, como los deterioros del estado mental, la adaptación deteriorada, la falta de apoyo del cuidador y la edad avanzada, se asocian con mayores riesgos de eventos adversos y mortalidad hospitalaria.⁷⁰

Los factores relacionados con el paciente están relacionados con las características individuales pueden influir significativamente en el riesgo de eventos adversos. Entre ellos se encuentran las condiciones médicas complejas, que dificultan la planificación de un tratamiento seguro y efectivo, así como la limitada capacidad de algunas personas para expresar sus síntomas o antecedentes de manera clara. Además, factores como la edad avanzada, las barreras culturales o idiomáticas y la falta de conocimiento sobre el proceso de atención médica pueden complicar la interacción con el personal sanitario. Angamo, en el año 2016 concluye en su estudio que las reacciones adversas a medicamentos en los hospitales están asociadas a factores como la edad avanzada, el sexo femenino, el número de medicamentos, la insuficiencia renal y la insuficiencia cardíaca.⁷¹

Los factores relacionados con la tarea son aquellos que influyen en la probabilidad de que ocurran eventos debido a la naturaleza y organización de las actividades realizadas en entornos hospitalarios. Incluyen la complejidad de los procedimientos, que pueden aumentar el margen de error en tareas críticas, sobrecarga laboral, derivada de un exceso de tareas o plazos ajustados, también puede comprometer la precisión y efectividad en la ejecución. Además, la falta de recursos adecuados, como equipos defectuosos o insuficientes, y la ausencia de protocolos claros o comunicación efectiva dentro del equipo médico pueden ser decisivas.

Los factores sociales y del equipo tienen un impacto significativo en la seguridad y calidad del trabajo. Entre ellos se encuentran la falta de comunicación efectiva, puede llevar a errores en la coordinación de tareas; los conflictos interpersonales, afectan la colaboración y generan tensiones en el equipo; y la ausencia de un liderazgo sólido, que es clave para la toma de decisiones y la organización del trabajo. Asimismo, la falta de apoyo mutuo y de un ambiente de confianza puede dificultar el desarrollo de una cultura de trabajo colaborativa.

Los factores de formación y entrenamiento son esenciales debido a que una formación adecuada permite que el personal sanitario adquiera las competencias necesarias para realizar procedimientos clínicos de manera segura y eficiente. La capacitación continua también ayuda a

actualizar conocimientos sobre nuevas tecnologías, protocolos y mejores prácticas, fortaleciendo la capacidad de respuesta ante situaciones complejas. Además, el entrenamiento práctico, como simulaciones y talleres, mejora las habilidades técnicas y la toma de decisiones en contextos de alta presión. La falta de formación adecuada o la ausencia de programas de desarrollo profesional pueden incrementar el riesgo de errores y comprometer la seguridad del paciente. Wilson, en el año 2012 argumenta que la capacitación y supervisión inadecuadas del personal clínico o el incumplimiento de las políticas o protocolos contribuyen a la mayoría de los eventos adversos en los hospitales.⁷²

Los factores de recursos y equipamientos son cruciales para garantizar una atención segura en los hospitales. Contar con equipos funcionales y tecnología actualizada facilita procedimientos precisos y reduce riesgos. La adecuada planificación de suministros médicos asegura la continuidad en la atención. Por otro lado, la falta de mantenimiento, equipos obsoletos o recursos insuficientes pueden causar demoras y aumentar los errores. Invertir en infraestructura y mantenimiento regular es clave para optimizar procesos y proteger a los pacientes.

Los factores organizativos y estratégicos son fundamentales para el funcionamiento eficiente y seguro de los entornos hospitalarios. La planificación adecuada de los recursos, la definición clara de roles y responsabilidades, y la implementación de protocolos estandarizados contribuyen a prevenir errores y mejorar la calidad de la atención. Además, estrategias como la promoción de una cultura de seguridad, la evaluación continua de los procesos y la formación del personal aseguran que las metas organizativas se alineen con las necesidades del paciente. Por otro lado, la falta de coordinación entre equipos, políticas ineficientes o carencias en la toma de decisiones estratégicas puede aumentar el riesgo de eventos adversos. Las intervenciones sanitarias centradas en las causas humanas y que abordan las causas organizacionales pueden reducir significativamente los eventos adversos en los hospitales.⁷³

Autores como Harada y Buckley identificaron como algunos de los principales problemas la falta gestión en las decisiones, en la administración y supervisión de trabajo; mantenimiento inadecuado de equipos y materiales. También, son desfavorables en la seguridad del paciente: la improvisación, la adaptación y la sustitución inadecuada de materiales por inexistencia, porque, generalmente, se realizan sin respaldo científico.^{74 75}

Los factores relacionados con el entorno y las condiciones de trabajo influyen directamente en la seguridad y el bienestar del personal sanitario y de los pacientes. Un entorno hospitalario bien diseñado, con iluminación adecuada, espacios organizados y recursos disponibles, facilita la eficiencia y disminuye los riesgos. Por otro lado, condiciones de trabajo estresante, como jornadas

prolongadas, falta de descansos, o ambientes laborales tensos, pueden afectar la atención y aumentar los errores. Promover espacios seguros y funcionales, junto con condiciones laborales equilibradas, es esencial para garantizar la calidad de los servicios y proteger la salud de todos los involucrados. Sathiyaselvan; en su estudio titulado: Más allá de las cifras: Clasificación de factores contribuyentes y eventos adversos potencialmente evitables en el servicio de ginecología del Servicio Nacional de Salud de la Mujer del Consejo de Salud del Distrito de Auckland, concluyó que el 50,3 % de los eventos adversos en los servicios de ginecología se vieron influenciados por barreras organizativas, de personal y de los pacientes, y el 42,5 % fueron potencialmente evitables.⁷⁶

Los factores ambientales también han sido valorados en la enfermería desde sus comienzos, así se demuestra en la teoría Florence Nightingale, quien consideró que estos aspectos son esenciales para la recuperación de las personas enfermas.

A partir de estas condiciones la autora se apoya en los postulados de Florence Nightingale, la teoría ambientalista y su relación con la seguridad del paciente.⁷⁷ A mediados del siglo XIX, Florence Nightingale expresó su convicción de que el conocimiento de la enfermería —no solo su práctica— era intrínseco y distinto de las ciencias médicas. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera: “colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”; defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno.⁷⁸

Florence abogó por tomar en cuenta las opiniones de los pacientes en las decisiones donde ellos estaban involucrados, y reclamaba de las enfermeras el evitar la indecisión o los cambios no fundamentados de opinión, que consideraba mucho más perjudiciales para el paciente que si este tuviera que asumir las decisiones por sí solos, sin la ayuda de la enfermera.

Para estudiar las teorías y modelos de enfermería, se establece que “la enfermería abarca cuatro conceptos centrales conocidos como metaparadigmas⁷⁹. Estos son: persona, entorno, salud y enfermería. Estos conceptos aparecen definidos en las teorías de enfermería desde los escritos de Nightingale en la segunda mitad del siglo XIX ⁸⁰. Es precisamente la forma de relacionar estos conceptos lo que explica y fundamenta la ciencia de la Enfermería, abordaje que se ha marcado desde la época de Florence, en su libro Notes on Hospitals. De ahí la importancia de los metaparadigmas cuando se realizan análisis teóricos en cualquiera de las áreas donde se estudien los cuidados de enfermería.⁸¹

En tal sentido se describen a continuación los principales conceptos relacionados con los metaparadigmas utilizados por Nightingale. Cuando se refiere a persona lo representa como “paciente” y lo define como “persona enferma, vista como ser pasivo, que recibía los cuidados que se le prodigaban”, aunque existen algunas referencias específicas al autocuidado. Sobre el entorno, aunque no lo mencionó explícitamente, describió los componentes del medio físico como “ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido”, los cuales hoy definen el entorno. Salud, lo define como estado de bienestar en el que deben ser aprovechadas al máximo las energías de las personas; y enfermería, como la responsabilidad de velar por la salud de otros, “acciones de cuidado de la persona y su entorno, en el desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, perseverancia e ingenio”.^{80 82}

Florence definió además otro término que se relaciona con el análisis de este artículo; es el caso de “moral de la profesión de enfermería”. En esta describió la necesidad del compromiso con su propio trabajo. Aportó a la milenaria ética médica tradicional hipocrática (no dañar y hacer el bien), el principio de la confidencialidad (guardar el secreto de las confesiones de sus pacientes) y el principio de la veracidad (decir la verdad, aunque ello pudiera implicar el asumir públicamente un error).

Puede observarse en esta definición como Florence, de manera visionaria, se refirió a los eventos adversos. Aunque no asumió la teoría microbiana, estaba convencida de que una manipulación apropiada del ambiente físico del enfermo podía servir para prevenir enfermedades. En ese sentido, Florence aborda la organización de los hospitales según la “teoría ambiental de la enfermería”, que enuncia la interrelación del ambiente con el cuidado de enfermería en el ser humano, prioriza un ambiente estimulante para la recuperación de los pacientes, visto como todas las condiciones e influencias externas que actúan en la vida o desenvolvimiento de un organismo, para prevenir, suprimir y contribuir en un proceso patológico, o sea, directamente en el proceso salud-enfermedad.⁸³

En su teoría ambientalista describe los factores físicos, psíquicos, sociales y su interrelación. Se plantea el ambiente como el local en el cual se encuentra el paciente y (o) sus familiares, que comprenden las instituciones de salud o domicilio, en el que son considerados los componentes físicos, sociales y psicológicos. Dichos componentes se describen a continuación.⁸⁴

En el ambiente físico se menciona asegurar la higiene de las habitaciones; enfatizar en la utilización de agua pura; ventilación para conservar el ambiente tan puro como en el exterior; calor que permita proporcionar una temperatura moderada en la habitación del paciente, evitar bajas y altas temperaturas; limpieza (desechos/olores) donde se hace referencia a la prevención de

infecciones; ruidos que perjudican y perturban las necesidades de reposo del paciente, como las conversaciones del cuidador o preguntas innecesarias; iluminación con la garantía de claridad y luz solar directa; y dieta con posibilidad de alimentación nutritiva y puntual.

En el ambiente psicológico reconoció que un ambiente negativo podía causar estrés físico, que afecta el clima emocional del paciente, de ahí la necesidad de ofrecer actividades que mantengan estimulada, la mente del paciente y en el ambiente social se destaca la recogida de datos y la posibilidad de que el enfermero debe utilizar la capacidad de observación como estrategia fundamental para la prevención de enfermedades.

La autora de esta investigación considera que Florence Nightingale aporta una concepción del mundo que permite posesionarse teóricamente en la relación ser humano-naturaleza, ya que muestra los diferentes nexos epistemológicos y ontológicos que existen entre ambos. Ofrece además una axiología, o sea, los sistemas de valores morales indispensables para la práctica de la profesión, con una bioética y una estética en la conducta del personal de enfermería.

Por tanto, la teoría ambientalista de Florence Nightingale constituye el principal sustento teórico para el diseño de un sistema de vigilancia de eventos adversos. Esta relaciona el ambiente físico, psicológico y social; sin embargo, se identificó la necesidad de indagar sobre el ambiente hospitalario. Ello permitió incursionar en otro referente teórico de la ciencia de la enfermería, la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto.

1.4 La notificación de eventos adversos y la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto

Patricia Benner ha desarrollado un compendio descriptivo e interpretativo del ejercicio de la enfermería clínica. Los conceptos que se utilizan son los niveles de práctica cualificada extraídos del modelo de Dreyfus: principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. Estos cinco conceptos ayudan a describir la práctica de enfermería.⁸⁵

Los autores al analizar y discernir acerca de la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica, sugieren una respuesta – aunque sea parcial – a la pregunta problema. La teoría que nos ocupa está completamente desarrollada, con abundante evidencia empírica y brinda una salida científica al problema de investigación planteado por la autora de este trabajo. Es necesario señalar que la evidencia empírica se refiere a datos de la realidad que apoyan o dan testimonio de una o varias afirmaciones.⁸⁶

A continuación, se procederá a brindar argumentos que reafirman los postulados anteriores. Los directivos de enfermería, por lo general, son personas con una formación profesional en una determinada rama y, por tanto, son portadores de conocimientos y experiencias que pueden y deben utilizarse en el proceso de enseñanza–aprendizaje del enfermero principiante. En esta etapa, al enfermero le resulta difícil discernir entre los aspectos relevantes e irrelevantes de una situación clínica determinada.

El enfermero principiante, al no poseer experiencia laboral, le resulta complejo adaptarse a una dinámica activa de trabajo, pero esto no debe limitarlo para que asuma una posición pasiva en su proceso de capacitación. Se hace necesario brindarle un determinado nivel de actividad y participación en el que pueda aplicar, utilizar sus energías, conocimientos y paulatinamente ir adquiriendo experiencia.

La autora considera imprescindible un razonamiento referente al conocimiento que no es acabado e inmutable; el conocimiento nace de la ignorancia; el conocimiento es incompleto e inexacto. Solo el estudio y la práctica propician llegar a un conocimiento más completo y exacto. Lenin hacía un llamado a "pensar dialécticamente", que no es más que la reconsideración constante de la veracidad de lo conocido para confirmarlo o refutarlo, según los criterios que brinda la actividad práctica.⁸⁶

La Teoría de Patricia Benner brinda la oportunidad de considerar diferentes maneras de ver y hacer las cosas, lo que se asume como un estímulo al pensamiento; según opinión de la autora, cuando se estudia la evolución laboral y profesional del personal de enfermería, se comprende cómo los cambios que se han originado en el entorno laboral y social han estado influenciados por factores tecnológicos, económicos, sociales y políticos; se le puede aplicar el criterio de Benner: "Enfermeras de un nivel de experiencia muy elevado en determinados campos podrían clasificarse no obstante, como principiantes en otras áreas o situaciones que no les resulten familiares".⁸⁶

Cuando el personal de enfermería posee una experiencia y un rendimiento ligeramente aceptables, las situaciones clínicas se contemplan como una prueba de sus capacidades y de las exigencias que se le plantean, más que en función de las necesidades y las respuestas de los pacientes; estamos, entonces, en presencia del principiante avanzado.

El principiante avanzado tiene experiencia suficiente para detectar los distintos aspectos de la situación.⁸⁷ En este momento, personal de enfermería ha desarrollado una visión relativista a partir de la dinámica de la conducta humana y la capacidad de interpretar las actitudes propias y la de

los demás, lo cual va incorporando a su acervo laboral y profesional, estableciéndose en el principiante avanzado un curso que sigue el proceso del conocimiento dado por la valoración de la práctica como criterio de la verdad: la repetición de determinadas situaciones clínicas facilitan entender las cuestiones claves del conocimiento.

Mediante el aprendizaje basado en situaciones prácticas reales y siguiendo las orientaciones de sus directivos, el enfermero principiante avanzado puede transformarse en un enfermero competente. En esta etapa la práctica provoca una transformación objetiva que no depende de la voluntad del enfermero (a), pero en la que se manifiesta su subjetividad.

En la práctica, este profesional incorpora en sí conocimientos muy concretos y detallados sobre la enfermería. Se trata de un nivel de mayor eficacia, se hace énfasis en los resultados, en realizar las cosas correctas; un enfermero competente aplica nuevas normas y procedimientos de razonamiento en su puesto de trabajo, al tiempo que utiliza las reglas de acción aprendidas adaptándose al contexto.

Las situaciones clínicas son siempre más variadas y complicadas que los planteamientos teóricos, por lo que la práctica clínica es un área de indagación y desarrollo del conocimiento, ya que este especialista⁸⁸ pasa por un proceso de desarrollo laboral y profesional de varias etapas de crecimiento y cambio.

Para poder alcanzar la escala de eficaz, deberá ser capaz de reconocer los aspectos más sobresalientes y captar la situación de forma intuitiva en función de los conocimientos incorporados. En este momento, debe poseer las habilidades y la mayor confianza en sí mismo; no debe estar satisfecho con respecto a sus logros, pues las victorias deben considerarse como puntos de partida para nuevas metas; se considera como una fase de transición hacia la fase experta, ya que la capacidad para elevar sus desempeños y prepararse para situaciones clínicas más complejas son indispensables.⁸⁹

La autora no aboga por la perfección en esta etapa, pero se hace un llamado a aprender de las imperfecciones y asumir los errores como vía de aprendizaje. El enfermero experto tiene la capacidad para reconocer patrones de respuesta a partir de su sólida formación, su máxima meta es satisfacer los problemas reales y potenciales, así como las necesidades del paciente.

En esta etapa, aparece la experiencia, que reduce la aparición de eventos adversos. Se asume el control de las situaciones clínicas complejas, se adoptan decisiones y acciones que influyen positivamente en la calidad de la atención del paciente.⁹⁰ Según la autora, la combinación de los siguientes elementos posibilita conductas efectivas para evitar eventos adversos en el accionar de

enfermería: la inteligencia, los conocimientos, los estilos de pensamiento y la motivación, los que influyen directamente en la implementación y desarrollo de la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica.

Conclusiones del capítulo I.

En este capítulo se identificaron los referentes que sustentan la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería. La autora identificó el modelo de queso suizo como marco ampliamente utilizado para analizar errores médicos y mejorar la seguridad del paciente. Otro referente a consulta fue la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica así como los postulados de Florence Nightingale, la teoría ambientalista y su relación con la seguridad del paciente se tuvieron en cuenta para este estudio.

CAPITULO II.

**CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO INICIAL DE LA NOTIFICACIÓN DE
EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL “PEDRO
KOURÍ”.**

CAPITULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO INICIAL DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

En este capítulo se realiza la parametrización de la variable, a posterior se realiza la caracterización del contexto donde se desarrolla la investigación, una vez que se identifican los problemas y las potencialidades como parte del diagnóstico, seguido de la parametrización de las variables. La triangulación se realiza como parte de la metodología según los resultados una vez aplicados los instrumentos.

2.1 Parametrización de la variable de estudio

En el estudio, la autora se apoya en la parametrización como forma de adentrarse en el objeto de estudio y considerarse el primer paso para la confección de los instrumentos que respalden la caracterización del objeto de investigación. La variable notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería se expresa conceptualmente como condición que influye en una situación al generar un cambio

Luego de identificar la variable: notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería, la cual define como un: proceso mediante el cual se identifica los incidentes o errores a través de la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, lo cual se debe apoyar en el desarrollo del pensamiento crítico reflexivo, basados en un sistema de conocimientos y evidencias que avalen la eficacia y la eficiencia de su práctica.

En la definición está implícita una visión cualitativa de la variable, porque parte del propósito de reconocer la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería al considerar los aspectos desde la competencia profesional, la accesibilidad a los servicios, la eficacia hasta la satisfacción de las personas a los que se le brinda el cuidado, seguido de la eficiencia, continuidad y sostenibilidad de los servicios de salud como parte de la seguridad del paciente.

Como parte de la investigación, se considera una variable, a todo lo que sea capaz de medir un fenómeno o proceso desde la realidad social y mediante herramientas necesaria como la observación de las propias características personales o de los objetos.

La sistematización teórica realizada en el capítulo anterior en lo referente a la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería, unido a los resultados de este análisis, sirvió como lógica para socializar con especialistas en el área de la enfermería, lo concerniente a la identificación y mejor comprensión del estado actual de la variable.

Al determinar la variable, las dimensiones, sub dimensiones e indicadores para evaluar, se consultaron las obras de diferentes autores como: Valiente P. en el año, 1997⁹¹, Valdés H. en el año 2000,⁹² Santiesteban M L. en el año 2003,⁹³ Añorga J. y Valcárcel N. en el año 2004,⁹⁴ Torres G. en el año, 2004.⁹⁵ Santos J. en el año, 2005,⁹⁶ Grey X. en el año, 2012,⁹⁷ Villavicencio. H. en el año 2013,⁹⁸ Perdomo A B. en el año, 2015,⁹⁹ así como Valdés MC, en el año, 2016.¹⁰⁰

El Diccionario de la Lengua Española define la variable como “adjetivo de variar” y variar a “cambiar”. También se define la variación que se ajusta al tema, campo de acción de la investigación” acción de variar, grupo que puede formarse con cierto número de elementos”.¹⁰¹.

Valcárcel N. en el año 1998, define el término de variable como “Rasgos que pueden ser observados y propiedad de poder variar.¹⁰² La autora asume esta definición en su investigación por considerarla ajustada al objeto de estudio de su investigación.

Estas definiciones no solo se refieren a variables para el proceso docente, sino que pueden ser aplicables a los objetos, fenómenos, procesos productivos y los servicios en general. Por lo que el investigador debe determinar las dimensiones e indicadores a utilizar con una escala de valor, así como los rasgos que los diferencia o distingue.

Según el Diccionario de la Lengua Española, la dimensión se define como “la longitud o extensión de un objeto en dirección determinada”.¹⁰³

Hernández R. en el año, 2022¹⁰⁴ considera que la dimensión constituye “la magnitud como una unidad de medida que se expresa de forma cualitativa o cuantitativa, según la calidad o cantidad de un objeto o proceso en dirección determinada”

Refiriéndose a las dimensiones Grey X. en el año, 2012,⁹⁷ las considera como “magnitudes previamente establecidas generalmente amplias que definen a un objeto, proceso o fenómeno o parte de ellos, que son medibles cualitativa o cuantitativamente”

Valcárcel N, González D. en el año, 2001,¹⁰⁵ definen el término dimensiones como “Rasgos que facilitaran una primera división dentro del concepto. Es decir, son diferentes partes o atributos a analizar en un objeto, proceso o fenómeno expresado en un concepto o simplemente diferentes direcciones del análisis”, la que es asumida por la autora en su investigación por su ajuste al objeto de estudio.

Estos autores plantean además que, el término indicadores proviene del latín indicio, o sea sirve para indicar. Por otro lado, en el contexto de la investigación educativa se utiliza para referirse a una variable que indica el valor de otra.

La autora coincide con estos criterios y considera a las dimensiones de gran utilidad en la operacionalización del estudio que se propone para el mejoramiento de los comportamientos humanos en los trabajadores de servicio.

Mientras que los indicadores son los rasgos de cada dimensión, que son directamente observables y que permiten medir y cuantificar dicho desarrollo. Los indicadores serán asumidos como variables que indican el valor de otra. Los valores de la variable utilizada como indicador se determinan de una forma más directa y evidente. Las dimensiones al precisar la extensión del objeto, proceso o fenómeno, permiten expresarlo mediante una unidad de medida; ya sea, de forma cualitativa o cuantitativa; ¹⁰⁶ sin embargo, en la presente investigación las dimensiones constituyen magnitudes de tal amplitud que para poder descomponerla en indicadores.

Posterior a la sistematización realizada la autora declara como única variable: la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería. A partir de ella las dimensiones e indicadores que posibilitan identificar los referentes empíricos sobre la expresión del comportamiento real de los enfermeros en su contexto de actuación, como se puede observar en la tabla # 1.

Dimensión 1 Comportamiento Intelectual: En esta se precisa el nivel de identificación de sus defectos y conocimiento de sus cualidades personales, grado de conocimiento de los procesos en que se desempeña, grado de dominio y conocimiento del acontecer nacional e internacional así como el conocimiento sobre la importancia de la formación y fortalecimiento de los valores, grado de interés por la superación en la búsqueda de nuevos conocimientos, nivel relación empática, nivel en su expresión oral y escrita así como el nivel de actualización para no dañar a las personas y hacer el bien, nivel de receptividad ante los señalamientos, grado de educación formal.

Dimensión 2 Comportamiento Físico – Psíquico: En esta se precisa el nivel de aspecto personal el cual incluye higiene personal, forma de vestir y presencia física, nivel de entusiasmo, nivel de conducta ciudadana.

Dimensión 3 Comportamiento Laboral: En esta dimensión se precisa el grado de dedicación al trabajo, el grado de conducta ética donde se incluyen aspectos de la bioética como es respeto a la dignidad de las personas, el grado de comunicación como herramienta fundamental en su desempeño laboral, nivel de cuidado de los bienes asignados, disciplina en el cumplimiento de su actividad laboral, grado de educación formal, nivel de pertenencia con la institución así como el nivel de satisfacción con la labor que realizan.

Tabla 1: Dimensiones e indicadores.

Dimensión	Indicadores
Dimensión Comportamiento Intelectual (Patricia Benner)	1.1 - Nivel de identificación de eventos adversos
	1.2 - Nivel de conocimientos sobre la seguridad del paciente
	1.3 - Nivel de conocimientos sobre cultura de la seguridad del paciente
	1.4 - Nivel de motivación por la superación
	1.5 - Nivel de relación empática
Dimensión Comportamiento Físico – Psíquico (Florencia Nightingale)	2.1 - Nivel de apariencia personal
	2.2 - Nivel de motivación
	2.3 - Nivel de conducta Ciudadana
Dimensión Comportamiento Laboral (Modelo de “Queso Suizo”)	3.1 – Nivel de responsabilidad ante trabajo
	3.2 – Nivel del conocimiento del código de ética
	3.3 Nivel de comunicación con el equipo de trabajo
	3.4 - Nivel de comunicación entre profesionales de enfermería
	3.5 – Nivel de disciplina laboral
	3.6 - Nivel de respeto a la dignidad de las personas
	3.7- Nivel de Educación Formal
	3.8 - Nivel de sentido de pertenencia con la institución
	3.9 - Nivel de satisfacción laboral

Elaborado por la autora

2.2 Caracterización del Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” (IPK).

El IPK fue fundado el 8 de diciembre de 1937, anexo a la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana por el profesor Pedro Kourí Esmeja¹⁰⁷

A partir de 1964 con la disminución del impacto de las enfermedades parasitarias en Cuba, el centro se enfocó a las actividades docentes e investigativas. A finales de la década de 1970, vinculado al incremento de la actividad de colaboración internacionalista, se acentuó el riesgo de

introducción de enfermedades exóticas o ya eliminadas en el país.¹⁰⁸ Ante esta amenaza, la dirección del gobierno orientó la reestructuración y el fortalecimiento del instituto como centro científico, dedicado a la vigilancia epidemiológica, la investigación, la docencia y la atención médica, lo que amplió sus objetivos y alcance.¹⁰⁹

Para ello fue construida y equipada en 1993 su sede actual en la Autopista Novia del Mediodía Km 6 ½, e/ Carretera Central y Autopista Nacional, Municipio La Lisa, Provincia La Habana y adopta el nombre de Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", durante su inauguración, el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz expresó *"les ruego que no consideren al Instituto "Pedro Kouri" que inauguramos hoy, sólo como una institución cubana, sino como una institución de la humanidad"*.¹⁰⁹ A partir de entonces se libra una lucha sin tregua contra las barreras internas y externas por brindar un servicio a la altura de este mandato.

El Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", (IPK) es una unidad presupuestada del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), subordinada al Ministro de Salud Pública con la asistencia del Vice Ministro para el área de Higiene, Epidemiología y Microbiología, que como Unidad de Ciencia y Técnica se rige también metodológicamente por el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA).

Para el desarrollo de sus procesos claves derivados de las funciones asignadas por el Ministro de Salud Pública, en la Resolución no 162 de 14 de abril del 2014, expuestas en su misión y funciones (Artículo 3 y 4 del Manual de funcionamiento interno)^{liv}, el IPK posee en su organigrama tres centros:

- ✓ Centro de Investigación, Diagnóstico y Referencia de las enfermedades infecciosas, en el cual se encuentran los Laboratorios Nacionales de Diagnóstico y Referencia del país y algunos de estos son además de referencia internacional. En el mismo actúan dos Centros Colaboradores de la OMS / OPS para el Estudio del Dengue y su vector y otro para el Estudio de la Tuberculosis y otras micobacterias.
- ✓ Centro Hospitalario para enfermedades infecciosas autóctonas y exóticas del tercer nivel del Sistema Nacional de Salud, el cual es Centro de Referencia nacional para el VIH SIDA. El IPK asume también la responsabilidad del Centro Hospitalario Mariscal Sucre para la vigilancia de enfermedades altamente contagiosas.
- ✓ Departamento Docente, que actúa como Centro de Posgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y Unidad Docente de la Facultad de Biología de la Universidad de La Habana, regido metodológicamente por el MES a través del Área de Docencia e

Investigaciones del MINSAP. y se responsabiliza con el funcionamiento de una Comisión de Grados Científicos, como Institución Autorizada para ello por la Comisión Nacional de Grados Científicos de la República de Cuba

Con unidades de apoyo que cumplen actividades secundarias, eventuales y de apoyo regida por Manual de Organización y Procedimientos (MOPs) e Instructivos de trabajo etc. y soportes de información (registros, formularios, salvas electrónicas, fotos etc...), con el fin de guiar el proceso de trabajo tales como el Departamento Económico, el Departamento de Seguridad y Protección y el Departamento Docente, entre otros. Todos de conjunto, mantienen una labor entrelazada, con los programas afines del MINSAP y la red de laboratorios del país, así como con otros centros de investigaciones nacionales e internacionales.

El Centro Hospitalario en particular. En su estructura organizativa cuenta con un centro hospitalario-CHU, que para su funcionamiento se adhiere metodológicamente al área de Asistencia Médica del MINSAP, con sus particularidades para la atención a las enfermedades infecciosas. El centro hospitalario-CHU cuenta con 150 camas organizadas en tres servicios y seis departamentos, además de los servicios generales de apoyo y el área administrativos. El departamento de enfermería está compuesto por 61 enfermeros, de ellos son 42 Licenciados en enfermería (11 MsC y una enfermera especialista en Ginecobstetricia) y 19 Técnico de enfermería.

El centro hospitalario como parte del IPK se distingue como centro de referencia nacional para las complicaciones de los pacientes VIH positivos y para el control sanitario y de epidemias, en caso de brotes o situaciones epidemiológicas. Tiene una fuerte actividad docente tanto de pregrado como posgrado y un desarrollo de la investigación científica que lo distingue, y cuenta con una sala para la atención médica internacional.

2.3 Diseño metodológico de la investigación.

En este capítulo se presenta la metodología utilizada para el desarrollo del proceso investigativo. Se realizó una investigación de servicios y sistema de salud mediante un proyecto de desarrollo tecnológico, con un diseño cuantitativo con enfoque observacional-descriptivo en el IPK en el periodo 2024. Con la finalidad de diagnosticar la actuación de Enfermería en la notificación de eventos adversos, a partir de ello identificar los problemas y potencialidades, así como proponer un modelo integrado que permitan mejorar la actuación del personal de enfermería para la notificación de eventos en el IPK.

La población de estudio fue de 61 enfermeros, la muestra fue de 50 enfermeros que laboran en los servicios del citado centro (centro de recepción de ingresos, unidad de cuidados intensivos, salas

de medicina, salón, hemodiálisis, consulta externa, esterilización, departamento de enfermería). El muestreo fue no probabilístico, en específico se empleó un muestreo intencional o por juicio, según criterio de la autora en consideración a los criterios de inclusión para participar en el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Ser parte de los recursos humanos de Enfermería que laboran en el IPK.
- Que expresen su consentimiento en participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Que se encuentren de certificado médico, licencia de maternidad y sin sueldo.
- Que no quieran formar parte del estudio

Fuente de elaboración por la autora

2.4 Análisis de los resultados

Análisis de los resultados de la observación

Observación.

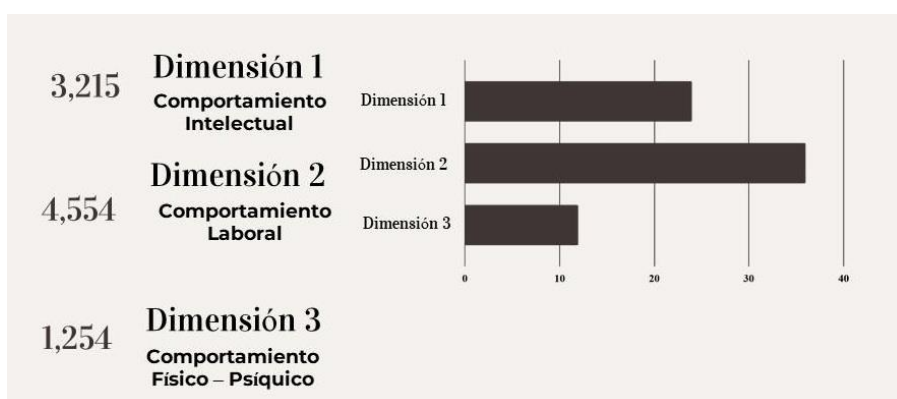
En este trabajo se ha utilizado la validez de contenido y la validez facial para la guía de observación a partir del juicio lógico sobre la correspondencia que existe entre el rasgo o la característica de lo que debe ser observado y lo que se incluye en la guía como tal (Anexo #1).

Gráfico 1: Categoría de la guía de observación



Fuente: Elaborado por la autora

Gráfico 2: Observación



Fuente: Guía de observación

Análisis de los resultados de la encuesta.

Validación de la encuesta.

El proceso comprendió cinco fases: 1) parametrización de la variable, 2) diseño del instrumento (Anexo #2), 3) revisión por expertos (Anexo 3), 4) análisis de la validez de contenido y 5) aplicación de una prueba piloto con grupos de seis enfermeros jefes de sala, con el objetivo de determinar la adecuación la encuesta y efectuar un análisis inicial de confiabilidad del instrumento.

Procedimiento:

- 1) parametrización de la variable: la autora considero pertinente el análisis del objeto y/o campo de estudio en la investigación con elementos medibles u observables que permitieron la valoración o emisión de juicios de valor acerca del estado, nivel o desarrollo del fenómeno o proceso investigado.
- 2) diseño del instrumento: la autora considero oportuno reconocer tres atributos en su confección; el primero a quiénes va dirigido, el segundo el marco teórico que integró a los elementos de los ítems para lograr la pertinencia y la congruencia con el constructo que se desea medir, y el tercero fue el formato que posibilitara la identificación del nivel de conocimientos y de ejecución con relación al proceso de notificación de eventos adversos en el contexto de actuación. El instrumento está dirigido al personal de enfermería. Cabe señalar que el instrumento se organizó en las tres dimensiones que forman parte del proceso de parametrización.
- 3) revisión por expertos: el instrumento se sometió a la revisión de expertos con la finalidad de realizar las mejoras pertinentes con base en sus observaciones. A esta fase se le domina "validación de facie", "validez de presentación" o "validez aparente", y tiene por objetivo la

verificación de los ítems pertenecientes al fenómeno o constructo, su relevancia, su redacción y si son comprensibles.

Con relación a la selección de los expertos, se consideraron datos acerca de su experiencia significativa en el área, conocimiento del enfoque socio-formativo, grado académico mínimo de maestría y contar con experiencia en el diseño y/o validación de un instrumento de investigación. A partir de este proceso se seleccionó a trece expertos.

- 4) El análisis de la validez de contenido se efectuó mediante el juicio de expertos. La validez de contenido correspondió al grado en que el instrumento manifiesta el dominio del fenómeno a medir. Es primordial considerar que durante la validación de contenido del instrumento la autora tuvo en cuenta los juicios de los expertos, durante dos rondas de revisión, lo cual propicio la perfección de la encuesta.

La revisión de expertos contribuyó a la realización de mejoras al instrumento. Los ajustes se guiaron bajo los criterios de pertinencia y redacción de los ítems. En relación con la pertinencia, se consideró el enfoque de la encuesta en el segundo agregaron los ítems de año de labor en el centro y lugar de trabajo además de los años de experiencia laboral en el último cuestionamiento.

- 5) Aplicación de la prueba piloto: se aplicó en dos ocasiones a un grupo de seis enfermeros la resolución del instrumento fue de 15 minutos en el primer momento, en el segundo momento la resolución del instrumento fue de ocho minutos. En lo que atañe a la comprensión, aceptación y satisfacción del instrumento en el primer momento la pregunta que confrontó mayor dificultad en su comprensión fue el número diez. En el segundo momento no se reportó dificultades en el instrumento.

Análisis y discusión de los resultados de la encuesta

Se realizó un cuestionario impreso, administrado por la investigadora (ver anexo 2) al personal de enfermería del IPK, quienes expresaron su acuerdo de participar en la investigación por medio de la firma del consentimiento informado, (ver anexo 4), para explorar su conocimiento acerca de la actuación de enfermería en la notificación de eventos adversos. La aplicación de este instrumento a los enfermeros se realizó en horarios laborales, por los diferentes servicios, según correspondiera al área de trabajo de cada uno.

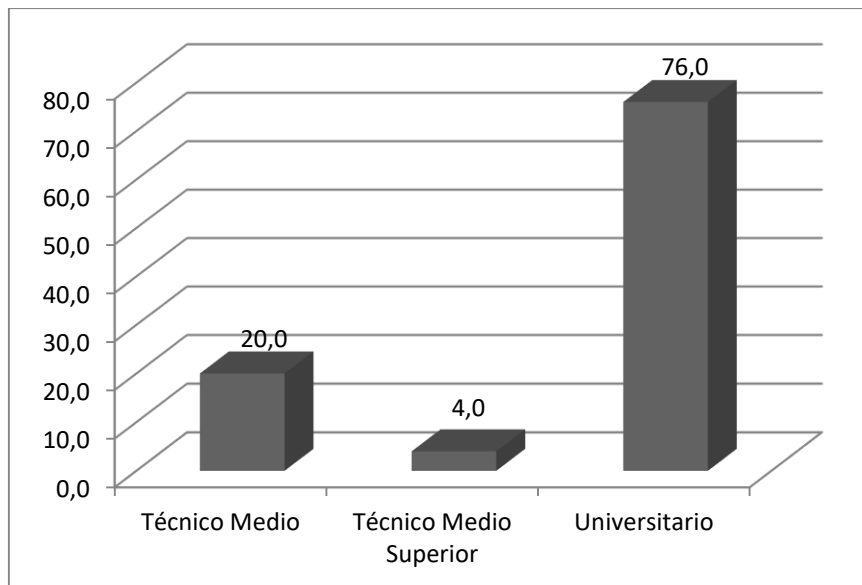
Se describen las características del universo en cuanto a: edad, género, nivel escolar, categoría científica, años de experiencia laboral, tiempo (en años) de trabajo en el centro y área donde laboran, los cuales pueden influir en la actuación de enfermería durante la notificación de eventos adversos.

Del total de enfermeros encuestados en el IPK (50), el 22,0% tienen entre 20 a 29 años; el 12,0% de 30 a 39 años; el 18,0% de 40 a 49 años y el 48,0% de 50 y más años de edad. En ambos sexos no se distribuyó de forma similar: 86.0% en el femenino y 14.0% en el masculino.

En lo que se refiere a la experiencia laboral el 68.0% de los profesionales tienen más de 15 años de experiencia, 22.0% tienen de 5 a 10 años de experiencia y 10.0% tienen menor 5 años de experiencia.

El nivel escolar de los encuestados se muestra en el gráfico #3, donde el 76,0% de los encuestados son de nivel universitario, el 20,0% de técnico medio y el 4,0% de técnico medio superior.

Gráfico 3: Encuestados según nivel escolar.



Fuente: Encuesta

El conocimiento de eventos adversos en enfermería según criterio de la autora es un proceso que permite registrar y cuantificar errores en la atención sanitaria. El objetivo es aprender de los errores y mejorar la seguridad de los pacientes, lo cual puede verse facilitado por el nivel escolar que posean los enfermeros.

Al analizar los tipos de eventos adversos que conocen nuestros enfermeros un 94,0% de ellos refirió reacción medicamentosa, el 52,0% refirió complicaciones quirúrgicas, un 48,0% procederes inadecuados y un 46,0% refirió caídas del paciente por citar los que más conocen.

Tabla 2: Tipos de eventos adversos que conocen los encuestados participantes del estudio.

Tipos de eventos adversos que conoce	Total general	
	No.	%
Procederes inadecuados	24	48,0
Caídas del paciente	23	46,0
Complicaciones quirúrgicas	26	52,0
Errores en la transfusión de sangre	13	26,0
Mal funcionamiento del equipo de trabajo	9	18,0
Retrasos en la atención del enfermo	10	20,0
Reacción medicamentosa	47	94,0
Otros:	5	10,0
- Flebitis	1	2,0
- Trombosis	1	2,0
- Sepsis por catéter	1	2,0
- Reacción a vacunas	1	2,0
- Úlceras por presión	1	2,0

Fuente: Encuesta

Entre los tipos de eventos adversos que más relacionaron los enfermeros se encuentra la reacción medicamentosa con un 94,0%, como se aprecia en otros estudios.³⁶

Los resultados que se exponen en la tabla 3 demuestran la necesidad de que los profesionales de enfermería aumenten su experticia en la notificación de eventos adversos. Según la sistematización de la autora solo un 8,0% recibió la capacitación sobre el tema y todos (100,0%) conocieron de casos de ocurrencia de eventos adversos.

Tabla 3. Conocimientos de eventos adversos de los encuestados.

Conocimientos de eventos adversos	No.	%
Conoció de casos en el área del hospital del IPK de ocurrencia de eventos adversos.	50	100,0
Recibió formación específica sobre la notificación de eventos adversos.	4	8,0

Fuente: Encuesta

Los resultados anteriores demuestran que existe deficiencia en la formación de notificación de eventos adversos por parte de los profesionales del instituto en 1,7% de los encuestados, coincidiendo con Siman, A; y colaboradores en el año 2017 que señalaron que la notificación de eventos adversos se ve obstaculizada porque de los 31 participantes solo 4(13,0%) tenían conocimientos previos sobre seguridad del paciente, y 27(87,0%) los habían adquirido en la institución.³⁴

Entre los tipos de infección asociados a la IAAS que más se destacaron fueron: flebitis (88,0%), úlceras de decúbito (78,0%), infección de herida quirúrgica (62,0%) e infecciones de la piel para un (42,0%) ver tabla 4.

Tabla 4: Tipos de infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS) que conocen los encuestados participantes del estudio.

Tipos de infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS) que conoce	Total general	
	No.	%
Úlceras de decúbito.	39	78,0
Infección de la piel.	21	42,0
Flebitis.	44	88,0
Infección de herida quirúrgica.	31	62,0
Sepsis.	18	36,0
Especifique localización.		0,0
Otros:	6	12,0
- Infección asociada a catéter urinario	1	2,0
- Infecciones respiratorias y urinarias	1	2,0
- Neumonías asociadas al uso del ventilador	1	2,0
- Neumonías intrahospitalaria, sepsis urinaria asociadas al cateterismo vesical	1	2,0
- Sepsis de respiratorias y vesical	1	2,0
- Sepsis renales torrente sanguíneos	1	2,0
No sé.	0	0,0

Fuente: Encuesta

En nuestro estudio dos de las infecciones asociadas a los servicios sanitarios coinciden con la investigación desarrollada por Furini, A. y colaboradores en el año 2019 que señalaron que las notificaciones se clasificaron por motivo de lesiones de piel (15%), flebitis (14%), entre otras.³⁶

A criterio de la autora los eventos adversos pueden causar daños al paciente, existen varios tipos (ver tabla 5). Las intervenciones se han enfocado principalmente en los pacientes, pero poca atención se ha prestado a los profesionales de la salud, probablemente por falta de herramientas.

Un 52,0% refiere errores en la administración de medicamentos, un 40.0% señalan que los protocolos son inadecuados, el 34,0% expresa falta de personal, un 26.0% alegan que existe fallos en el equipo médico y un 20,0% asociado al cansancio del personal de enfermería; entre las 5 primeras causas de eventos adversos.

Tabla 5. Causas más frecuentes de eventos adversos que conocen los encuestados

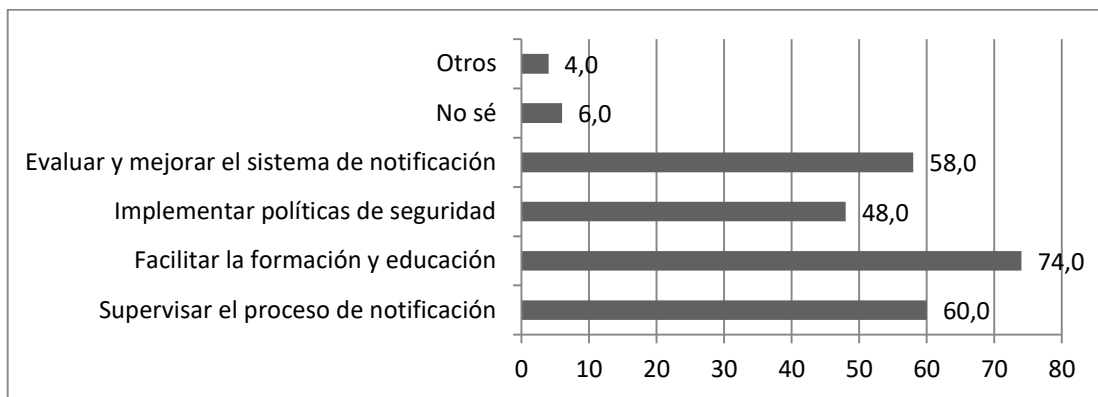
Causas más frecuentes de eventos adversos	Total general	
	No.	%
Falta de personal	17	34.0
Fallos en el equipo médico	13	26.0
Errores en la administración de medicamentos	26	52.0
Cansancio del personal	10	20.0
Protocolos inadecuados	20	40.0
Errores en la comunicación	9	18.0
No sé	6	12.0
Otros	11	22.0
- Prácticas de cuidado, insumos y procedimientos	1	2.0
- Ambiente hospitalario; entorno desorganizado, ruido	1	2.0
- Desmotivación	1	2.0
- Dosis incorrecta de medicamentos. Equivocación	1	2.0
- IAAS técnicas inadecuadas, dispositivos contaminados	1	2.0
- No siempre está al alcance por insumos necesarios	1	2.0
- No siempre está al alcance el material necesario	1	2.0
- Por reacción a medicamentos	4	8.0

Fuente: Encuesta

A criterio de Souza Mascarenhas, y un colectivo de autores en el año 2019, consideraron que los profesionales de la salud enfrentan obstáculos en el conocimiento, la sobrecarga de trabajo y la falta de compromiso,³⁸ coincidiendo con parte de los resultados de la tabla 5.

Al analizar el papel de los administrativos en la gestión de eventos adversos un 74,0% alega que deben facilitar la formación y educación relacionada a los eventos adversos, un 60,0% expresa que deben supervisar el proceso de notificación, el 58,0% refiere que deben evaluar y mejorar el sistema de notificación, y el 48% de los encuestados expresaron que se deben implementar políticas de seguridad como se muestra en el gráfico 3, lo que ratifica el papel que juega los administrativos en la notificación de los eventos adversos que trae consigo la mejora de la calidad asistencial.

Gráfico 4: Papel de los administrativos en la gestión de eventos adversos.

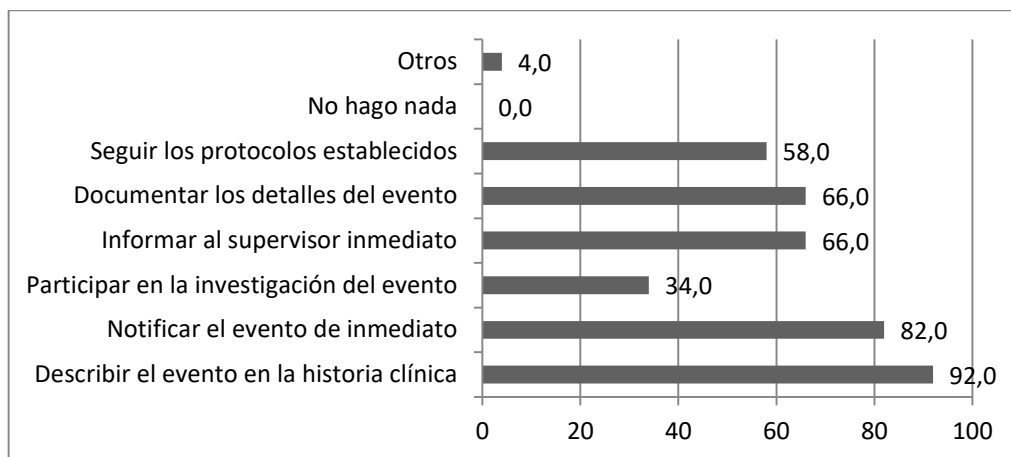


Fuente: Encuesta

Facilitar información, supervisar, y mejorar el sistema de notificación de eventos adversos son acciones que los administrativos deben realizar con periodicidad como se referencia en otras publicaciones.⁷³

En cuanto a cómo actuaría el personal de enfermería ante la identificación de un evento adverso un 92,0% de los encuestados respondieron que sería importante describir el evento en la historia clínica, un 82,0% apoyo la importancia de notificar en el evento de inmediato, un 66,0% refiere documentar los detalles del evento e informar de inmediato al supervisor; y un 58,0% plantea seguir los protocolos establecidos (ver gráfico 4).

Gráfico 4: Actuación del personal de enfermería ante la identificación de un evento adverso.



Fuente: Encuesta

La actuación del personal de enfermería ante la identificación de un evento adverso en nuestro estudio arroja que un 82,0% de ellos lo notifican de inmediato coincidiendo con Furini, A., Nunes, A., & Dallora, M. que en el año 2019 señalaron que el enfermero fue la categoría profesional que más notificó (71%), seguido del médico (8%) en un complejo hospitalario.³⁶

Al igual que Neves T, y colaboradores que realizaron un estudio en un hospital docente de Brasil las notificaciones de eventos adversos fueron aumentando entre el 2014 y 2016, estando involucrados principalmente los miembros del equipo de enfermería.³⁷

Los factores contribuyentes al proceso de los eventos adversos se analizaron en cuanto a 13 acápite que responden a los factores: individuales; organizativos y estratégicos; recursos y equipamiento; ambientales; y relacionados con el paciente. Los mismos se muestran en el gráfico 5.

Entre los factores individuales se destacan: un 80,0% tienen falta de formación y educación sobre EA; un 84,0% poseen un desconocimiento acerca de los protocolos; un 76,0% manifiesta que tienen una comunicación efectiva entre el personal; y el 78,0% tiene baja percepción del riesgo.

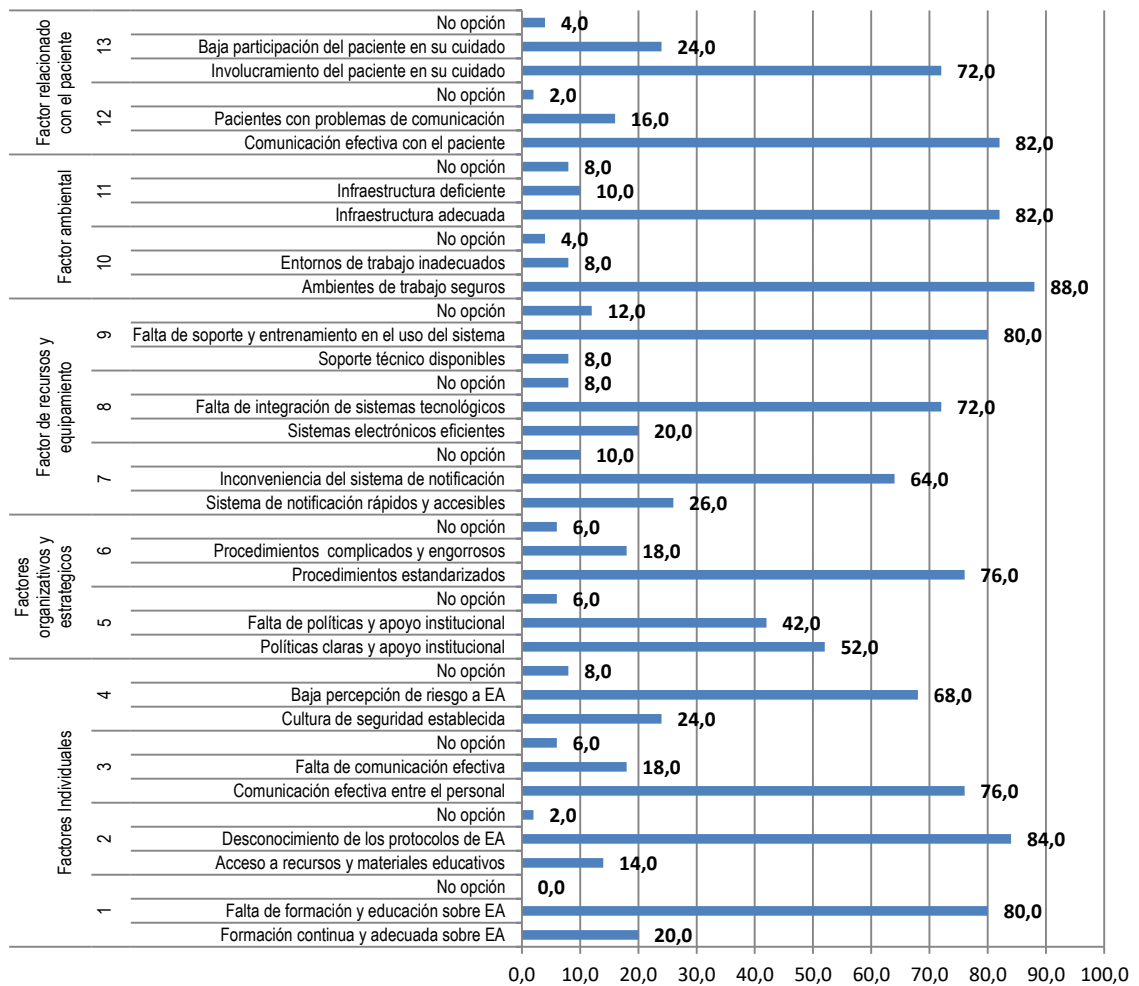
En cuanto a los factores organizativos y estratégicos: el 84,0% establece que existen políticas claras de apoyo institucional; y el 76,0% plantean que los protocolos están estandarizados.

Entre los factores de recursos y equipamiento: un 64,0% refiere que existe inconveniencia de los sistemas de notificación; el 78,0% refiere que falta la integración de los sistemas tecnológicos; y el 80,0% falta de soporte y entrenamiento en el uso del sistema.

En cuanto a los factores ambientales: el 88,0% alega que existen ambientes de trabajo seguro; y el 80,0% que existe una infraestructura adecuada.

Por último, entre los factores relacionado con el paciente: el 82,0% existe comunicación efectiva con el paciente; y el 72,0% refiere involucramiento del paciente en su cuidado.

Gráfico 5: Factores contribuyentes al proceso de notificación de los eventos adversos



Fuente: Encuesta

Obtuvimos resultados similares en los factores individuales y factores del sistema a los publicados por De Lima, S. y un colectivo de autores en el año 2018, al considerar que las mayores limitaciones que encuentran los profesionales de la salud al notificar errores/eventos adversos son de carácter organizacional, como falta de cultura de reporte, conocimiento insuficiente sobre el sistema de notificación.³⁵

2.5 Resultado de la triangulación metodológica. Inventario de problemas y potencialidades en el desarrollo de la actuación de enfermería en relación con la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

La autora se apoyó en la triangulación metodológica como una técnica potente que facilitó la validación de los datos a través del cruce de fuentes de datos, si se tiene en cuenta que se aplicó y combinó varios métodos de investigación en el estudio del mismo fenómeno.¹¹⁰ La determinación de problemas y potencialidades que influyen en el estado actual de la actuación de enfermería en la notificación de eventos adversos en el IPK se ha clasificado y jerarquizado según las dimensiones identificadas durante el proceso de parametrización de la variable.

La autora define el diagnóstico integral de problemas y potencialidades para la actuación de enfermería desde la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical , como un proceso de levantamiento, determinación y descripción de los problemas, necesidades y potencialidades que se presentan durante el proceso de notificación de eventos relacionado con el cuidado desde la teoría y la práctica, que sirve de fundamento y punto de partida para potencializar el desarrollo de la actuación de enfermería desde la notificación como requerimiento esencial para lograr mejorar la atención y el actual del personal de enfermería.

Desde este proceso se arriban a los siguientes problemas:

- No saber que se ha producido un error
- No saber qué se debe documentar o por qué
- Pensar que el paciente no puede ser perjudicado por el error
- Temer acciones disciplinarias
- No estar familiarizado con los mecanismos de notificación
- Sentirse demasiado ocupado para documentar
- No recibir retroalimentación después de hacer una notificación
- Falta de estímulos para notificar

En este proceso de triangulación metodológica también se determinan potencialidades descubiertas con la aplicación de los instrumentos antes analizados:

- Fortalecer la seguridad del paciente

Al aprender de las fallas del sistema de salud se pueden identificar y corregir errores que puedan repetirse.

- Promover la cultura de mejora continua

Al reportar los eventos adversos se fomenta el aprendizaje de los errores y la mejora continua en los profesionales y en la institución sanitaria.

- Diseminar el conocimiento

Las lecciones aprendidas deben ser difundidas para que se puedan provocar cambios.

- Identificar barreras que previenen situaciones adversas

Los formularios de registro de incidentes pueden identificar las barreras que previenen situaciones adversas.

- Mejorar la calidad

Centrarse en los datos de la monitorización de incidentes permite abordar los problemas de seguridad antes de que ocurran.

La notificación de eventos adversos promueve en los profesionales y en la Institución sanitaria, el desarrollo de la cultura positiva de aprender de los errores y de mejora continua.

La triangulación metodológica de los resultados de los instrumentos aplicados posibilitó la identificación de problemas y potencialidades en las tres dimensiones estudiadas y se convierte en punto de partida para proponer un Registro Integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK, fundamentada y estructurada en el próximo capítulo.

Conclusiones del capítulo II.

El proceso de parametrización realizado al objeto de estudio y campo de acción, permitieron a la autora identificar la actuación de enfermería en la notificación de eventos adversos en el IPK como variable única de la investigación derivada en tres dimensiones con sus indicadores, proceso que posibilitó la elaboración de los instrumentos.

La utilización de indagaciones teóricas como el análisis documental, la sistematización, el enfoque sistémico estructural funcional y las indagaciones empíricas como: la encuesta, y la guía de observación, permitieron la caracterización del estado actual de la actuación de enfermería en la notificación de eventos adversos con la que se identifican los problemas y potencialidades en el

contexto del IPK con las dimensiones: comportamiento intelectual, comportamiento físico – psíquico; comportamiento laboral, elementos que se corroboran con la triangulación metodológica aplicada a los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos.

Estos factores se convierten en punto de partida para proponer un Registro Integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK para contribuir a la solución de los problemas identificados, principal resultado que se muestra en el siguiente capítulo.

CAPITULO III.

**PROPUESTA DE REGISTRO INTEGRADO PARA LA NOTIFICACIÓN
DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA
TROPICAL "PEDRO KOURÍ".**

CAPITULO III. PROPUESTA DE REGISTRO INTEGRADO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

En el capítulo, se presenta la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

3.1- Proceso de modelación de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

La autora de la investigación, apoyándose en la fundamentación teórica y en los resultados de los instrumentos aplicados, asume a Añorga^{111 112} en su tesis para la opción al grado científico de Doctora en Ciencias señaló, criterio sobre el cual la autora de esta tesis está totalmente de acuerdo: la modelación como método se convierte en un instrumento de la investigación de carácter material teórico, en aras de reproducir simplificada y subjetivamente la parte de la realidad objetiva que se ha estudiado por el objeto y su forma externa o envoltura suele expresarse como diseño de estrategias, formas, tecnologías, instrumentos o proyectos curriculares en los distintos niveles.¹¹¹ En el caso de este estudio será utilizada para modelar una intervención de Enfermería

Antes de revelar los principios de la modelación asumidos conviene esclarecer previamente el concepto de modelación. Algunas sistematizaciones de definiciones de modelación son las siguientes

- ✓ la modelación es la reproducción de determinadas propiedades y relaciones del objeto investigado en otro objeto especialmente creado (modelo) con el fin de su estudio detallado.¹¹¹
- ✓ la modelación constituye una reproducción ideal o material de procesos posibles y reales, relaciones y funciones, por un sujeto de conocimiento, mediante analogías en otros sistemas ideales o materiales para el conocimiento más profundo o el mejor dominio del modelo original.¹¹²
- ✓ la modelación es la representación de un objeto real que en el plano abstracto el hombre concibe para caracterizarlo y poder, sobre esa base, darle solución a un problema planteado, es decir satisfacer una necesidad.¹¹³

De las definiciones anteriores se infiere que modelación es la construcción teórica que refleja las propiedades inherentes y relaciones presentes en el objeto investigado con el fin de transformarlo en la práctica. El modelo es fruto del pensamiento abstracto y tiene como principal particularidad su parecido con el objeto original. Él debe expresar el contenido teórico y la realidad objetiva del objeto investigado.

Por lo tanto la autora considera que la modelación es una reducción parcial o modificada de la realidad que recoge aquellos aspectos de relevancia que ameritan ser incorporados a la propuesta. Se modela para comprender mejor o explicar mejor el proceso de la propuesta.

La autora de la investigación reconoció los argumentos hallados alrededor de la modelación. Esto implicó los principios en las que se sustenta, al respecto el Bringas.J, en el año 2006, describe cuatro principios que han sido ajustadas al objeto de estudio.¹¹⁴

- principio de deducción por analogía: Permite establecer semejanzas entre ciertas facetas, cualidades y componentes del objeto real y del modelo que se construye, a partir de la intervención de Enfermería
- principio de la consistencia lógica del modelo: Asegura estabilidad, solidez y fundamentación científica a los elementos teóricos que sustentan la intervención de Enfermería como modelo
- principio del enfoque sistémico: Posibilita revelar las cualidades resultantes de objeto de investigación, mediante las relaciones que se tienen que dar entre los componentes de intervención de Enfermería como modelo
- principio de la simplicidad y la asequibilidad: Sin perder el valor y el carácter científico, el modelo de intervención de Enfermería debe ser comprensible, funcional y operativo

La modelación es por tanto una representación parcial o simplificada de la realidad que recoge aquellos aspectos de relevancia para las intenciones del modelador, y de la que se pretende extraer conclusiones de tipo predictivo. Se modela para comprender mejor o explicar mejor un proceso o unas observaciones.¹¹⁵

Entre los aspectos que la autora considera pertinente precisar de la modelación se encuentran los siguientes

- una herramienta conceptual para entender mejor un evento
- la representación del conjunto de relaciones que describen un fenómeno
- una construcción teórica que pretende dar cuenta de un fragmento de la realidad
- una estrategia lógica para relacionar elementos que representan una situación compleja

Por lo antes señalado la autora considera que la modelación se apoya para su avance en construcciones mentales que permiten hacer representaciones de lo ideal para orientar la acción sobre y en lo real. Se basa en una actividad esencial del pensamiento humano.

3.2 Fundamentación y características de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

Las características que sustentan la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK, se basan en que la misma es el producto de un sistema creador, innovador, lógico y apreciable, que genera un conjunto de acciones coherentes, de asignación de recursos y decisiones tácticas. Estas acciones van encaminadas a lograr la satisfacción de necesidades humanas en personas enfermedades infecciosas.

En la investigación se acepta el criterio de Izquierdo E, en el año 2017 cuando citó en su tesis doctoral: la fundamentación, parte de un conjunto de elementos básicos en los que se sostiene la propuesta. Los elementos básicos se asientan en un grupo de fundamentos teóricos que establecen la coherencia necesaria entre cada uno de los elementos que sustentan la propuesta.¹¹⁶ Los fundamentos de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK, se explican a continuación

Enfermería: la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí se apoya en la teoría Florence Nightingale la cual dirige su atención a la importancia del entorno en la salud y en la recuperación de las personas. La propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK se presenta como un método sistémico y organizado para notificación de eventos adversos individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona, al responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Filosófico: se apoya en la dialéctica materialista a través de la cual se fundamenta con rigor científico la posibilidad y la necesidad de transformaciones cardinales en la notificación de eventos adversos. La investigadora considera la realidad social desde el análisis filosófico que está compuesto por la existencia y relaciones entre sujetos y objetos mediados por la actividad humana.

Pedagógicos: el aprendizaje, como acto eminentemente humano, engloba una serie de conocimientos que han sido ampliamente estudiados desde diferentes perspectivas a través de la historia, con la finalidad de investigar en qué consiste, cómo ocurre, qué factores intervienen en él, cómo potenciarlo, entre otros temas de interés. Para lograr cada uno de los aspectos anteriores la autora se apoyó en la teoría de Benner, autora de la teoría "Del principiante al Experto", refiere que el desarrollo en la práctica de una disciplina se fundamenta en el "saber hacer" o el "saber cómo", y establece diferentes niveles de competencia para la adquisición de habilidades que van desde el novel al experto, pasando por el principiante avanzado.

La necesidad de entender la complejidad de enseñar y aprender en el orden estructural en el que se incluyen componentes no sólo cognitivos sino también motivacionales y personológicos. La Enfermería es una profesión que necesita enseñar y aprender de conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El Profesional de Enfermería también de saber hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe transitar por las cinco etapas de competencia clínica: principiante, principiante avanzado, competente, competente avanzado y experto. Cada etapa se basa en la anterior a medida que se perfeccionan las habilidades, los conceptos que antes eran abstractos se vuelven concretos y tangibles, y se adquiere experiencia clínica.

Sociológicos: El modelo del queso suizo como fundamento sociológico, explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas, por tanto, las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un error, para lo cual se hace necesario una evaluación adecuada de los recursos físicos y la calificación profesional, así como una gestión de calidad en control de riesgos, que radica en mejoras organizacionales que hacen que las instituciones sean más organizadas y seguras, las cuales permiten cumplir las expectativas y necesidades de los clientes, tener en cuenta las condiciones latentes que provocan eventos, como planificación y diseño de los procesos, la falta de recursos adecuados, todos los elementos antes señalados convierten, el modelo de queso suizo en un elemento indispensable para el diseño de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

Al sistematizar los referentes teóricos y durante el proceso de modelación la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK, se precisaron sus principales características, tales como: humanista, flexible, integradora, participativa, colaborativa, contextualizada, sistémica, personalizada, intersectorial, interdisciplinaria y transdisciplinaridad.

Humanista: es la alta vocación social en los de los profesionales de Enfermería, lo que supone colocar en primer lugar el desvelo y la lucha por el bien del ser humano.

Flexible: la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí es susceptible de cambios, al tener en cuenta su contenido de remodelación en correspondencia con los resultados que se van a obtener durante la implementación de las acciones, los objetivos propuestos, las necesidades, así como, por su adaptabilidad a las condiciones concretas en que se aplique.

Integradora: está dada porque considera las cualidades, los valores, los modos de actuación y las habilidades del personal de Enfermería para la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK

Participativa: permite el desarrollo de relaciones humanas solidarias, donde el personal de enfermería queda comprometido, al utilizar para ello el tiempo y los escenarios que considere necesario para dar respuesta a la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK a partir del dominio de las habilidades requeridas para las mismas.

Colaborativa: trabajo conjunto del personal de enfermería para el registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK con el resto del equipo de trabajo.

Contextualizada: conjunto de características que forman parte del IPK se tuvieron presentes en la confección de la intervención de Enfermería y sin las cuales no se puede comprender la propuesta.

Personalizada: la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

Intersectorial: se fundamenta en la integración entre varios sectores, lo cual puede ser usado de forma productiva para resolver los problemas, además permite compartir recursos, experiencias y posibilita la búsqueda de soluciones integrales en políticas públicas que buscan bienestar.

Interdisciplinaria: procura establecer conexiones y relaciones de los saberes, en una totalidad no dividida y en permanente cambio. Exige que cada uno de los que intervenga tenga competencia en su propia disciplina y un cierto conocimiento de los contenidos y métodos de las otras.

Transdisciplinariedad: aspira borrar los límites entre diferentes disciplinas, para integrarlas en un sistema único. Establece conexiones y relaciones de los saberes, en una totalidad no dividida y en permanente cambio.

Carácter de sistema: el diseño del registro partió de la interrelación que existe entre la contradicción, el objetivo, los fundamentos y las etapas, los que se presentan en un orden lógico y jerárquico.

La notificación de eventos adversos como componente crucial de cualquier sistema de gestión de la seguridad del paciente. Permitted identificar patrones, tendencias y factores contribuyentes que pueden llevar a errores y daños. Un sistema de notificación efectivo debe ser accesible, confidencial, no punitivo y orientado al aprendizaje. El modelo integrado propuesto busca superar las limitaciones de los sistemas de notificación tradicionales, que a menudo son fragmentados, subóptimos y poco integrados con otros sistemas de información. El modelo integrado para la notificación de eventos adversos se basa en los siguientes componentes clave: (Gráfico 6)

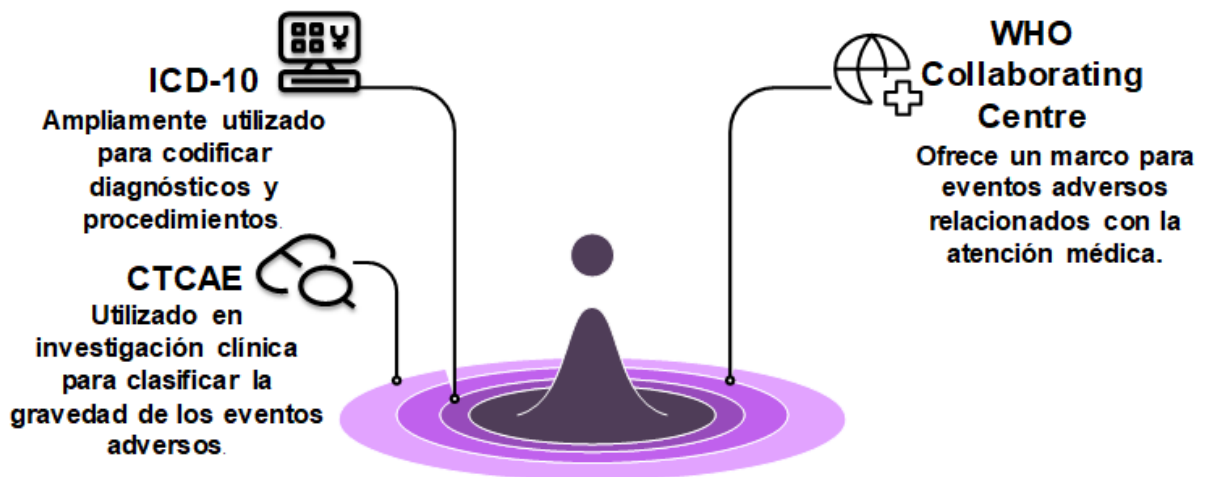
Grafico 6: Características del Modelo Integrado para la Notificación de eventos adversos.



Fuente: Modelación.

El modelo se sustenta en un sistema de clasificación y codificación estandarizado para categorizar los eventos adversos. Esto permite la comparación y el análisis de datos a nivel local, nacional e internacional. (Gráfico 7)

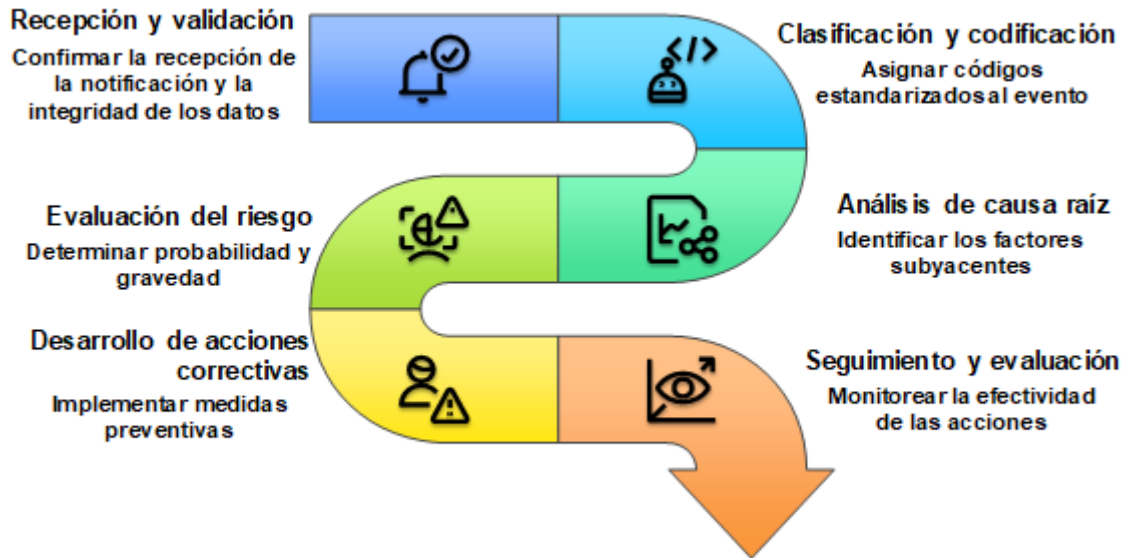
Grafico 7: Sistema de Clasificación de Eventos Adversos en los que se apoyo el Modelo de Integrado para la Notificación de eventos adversos.



Fuente: Modelación.

El modelo integrado para la notificación de eventos adversos se sustenta en un proceso estructurado para analizar y evaluar las notificaciones de eventos adversos. Esto incluye la identificación de factores contribuyentes, la evaluación del riesgo y la determinación de las acciones correctivas necesarias. (Gráfico 8)

Gráfico 8: Modelo de Integrado para la Notificación de eventos adversos: Ruta crítica de la gestión de eventos adversos en el IPK.



Fuente: Modelación.

El modelo integrado para la notificación de eventos adversos forma parte de un sistema de retroalimentación y aprendizaje que comparta los resultados del análisis de eventos adversos con las partes interesadas. Esto permite aprender de los errores y mejorar la seguridad del paciente. (Gráfico 9)

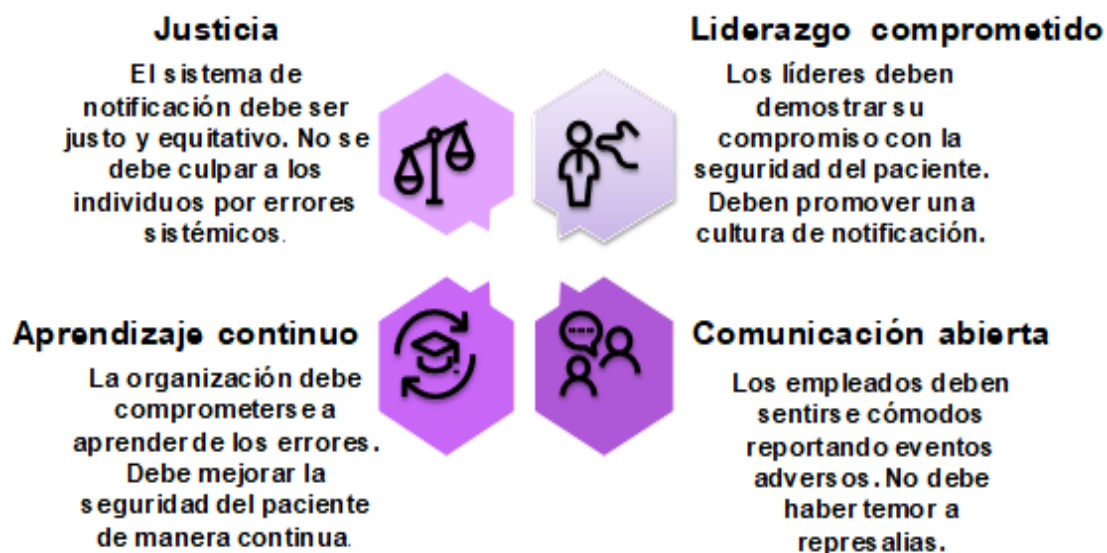
Gráfico 9: Registro integrado para la Notificación de Eventos Adversos una Estrategia para mejorar la seguridad del paciente.

Característica	Informes periódicos	Sesiones de aprendizaje	Alertas de seguridad	Plataformas de colaboración
Descripción	Resumir eventos adversos	Discutir eventos adversos	Advertir Sobre riesgos específicos	Facilitar el intercambio de información
Propósito	Rastrear y analizar eventos	Compartir mejores prácticas	Recomendar medidas preventivas	Mejorar la comunicación Entre las partes interesadas

Fuente: Modelación.

Para la confección del Modelo Integrado para la Notificación de eventos adversos se tuvo en cuenta un entorno que fomente la notificación de eventos adversos sin temor a represalias. Esto requiere un liderazgo comprometido, una comunicación abierta y una cultura de aprendizaje. (Gráfico 10)

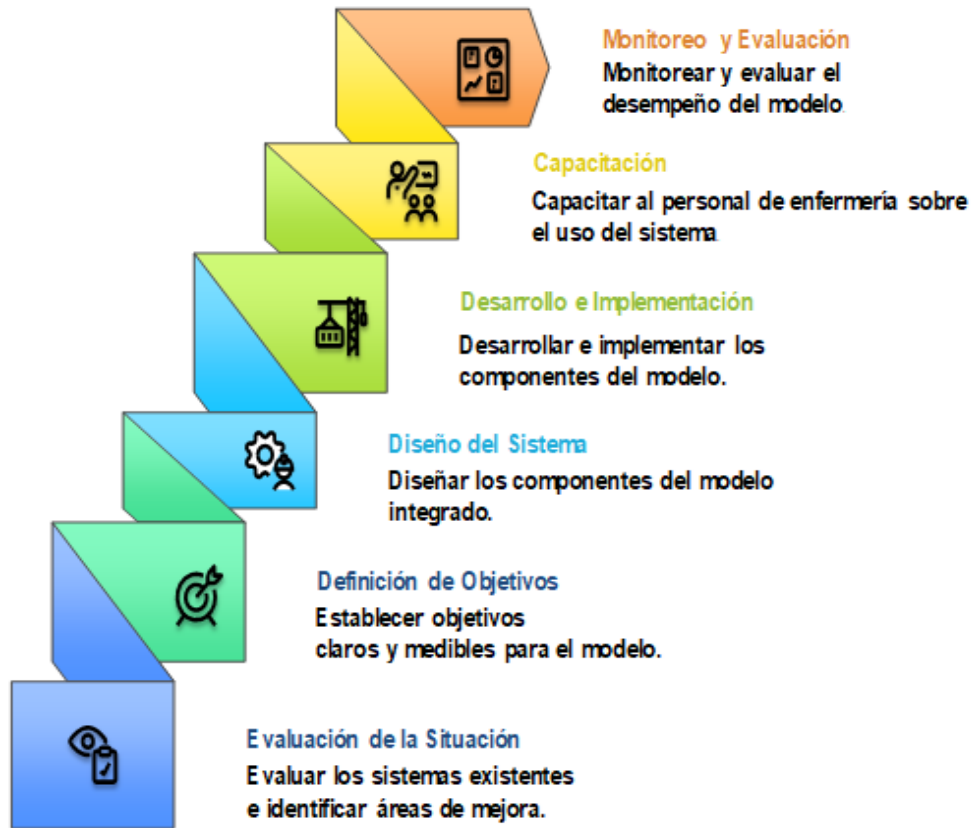
Gráfico 10: Elementos de seguridad del paciente que forman parte del modelo Integrado para la notificación de eventos adversos.



Fuente: Modelación.

La implementación del modelo integrado requiere una planificación cuidadosa y la participación de todas las partes interesadas. (Gráfico 11)

Grafico 11: Pasos para implementar el modelo Integrado para la notificación de eventos adversos.



Fuente: Modelación.

Según criterio de la autora la implementación de un modelo integrado para la notificación de eventos adversos ofrece numerosos beneficios:

- **Mejora de la seguridad del paciente:** Identificación y prevención de eventos adversos.
- **Reducción de costos:** Disminución de los costos asociados con los eventos adversos.
- **Mejora de la calidad de la atención:** Identificación de áreas de mejora en la atención médica.
- **Aumento de la confianza del público:** Demostración del compromiso con la seguridad del paciente.
- **Cumplimiento normativo:** Cumplimiento de las regulaciones y estándares de seguridad del paciente.

A continuación, se presenta el modelo integrado para la Notificación de eventos adversos (Tabla 6)

Tabla 6: Modelo Integrado para la Notificación de eventos adversos

	REGISTRO DE NOTIFICACION DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			Versión:
				Código:
				Fecha:
I. DATOS DEL LUGAR DONDE SE EFECTUO EL EVENTO ADVERSO.				
Departamento:		Área:		Fecha:
II. DATOS DEL PACIENTE.				
Nombres y Apellidos:			Carnet de Identidad o pasaporte:	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Historia Clínica:	
III. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR.				
<input type="checkbox"/> Enfermero (a) <input type="checkbox"/> Médico (a) <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Familiares/amigos/cuidador <input type="checkbox"/> Trabajador(a) Social				
IV. TIPO DE EVENTO (consultar definición al final del documento).				
<input type="checkbox"/> Cuasi evento <input type="checkbox"/> Evento adverso <input type="checkbox"/> Evento centinela				
V. NATURALEZA DEL EVENTO				
<input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS) <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Úlceras por presión <input type="checkbox"/> Dispositivos médicos/equipos biomédicos <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Procedimiento clínico <input type="checkbox"/> Procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
VI. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO.				
Cuando ocurrió: <input type="checkbox"/> Al ingreso <input type="checkbox"/> Durante la estancia hospitalaria <input type="checkbox"/> Al egreso <input type="checkbox"/> En la consulta				
Dónde ocurrió: <input type="checkbox"/> En el servicio, especifique: _____ <input type="checkbox"/> En el traslado <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál? _____				
Fue informado el paciente o la familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Realice una descripción de cómo se produjo el evento:				

El registro de notificaciones de eventos adversos fue un proceso crítico de fármaco vigilancia y vigilancia sanitaria que se realizó en el IPK, cuyo objetivo fue asegurar que los datos registrados fueran completos, coherentes, verídicos y útiles para el análisis.

Conclusiones del capítulo III.

En este capítulo se realizó el proceso de modelación, lo que posibilitó la estructuración de la propuesta de registro integrado para la notificación de eventos adversos en el IPK.

CONCLUSIONES

- La integración de referentes teóricos de la profesión enfermería y otras ciencias permitió sustentar el estudio realizado, dada la confluencia de puntos semejantes para integrar los componentes del Modelo de registro integrado para la notificación de eventos adversos del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri".
- El análisis de los resultados de los instrumentos aplicados en la etapa inicial de la investigación, posibilitaron la descripción del estado actual de la notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería del IPK, al identificarse los problemas y potencialidades que evidenciaron debilidades en el conocimiento del personal de Enfermería con respecto a la notificación de eventos adversos.
- El proceso de la modelación, favoreció la fundamentación y estructuración de la propuesta del Modelo de registro integrado orientado a la actuación del personal de enfermería para la notificación de eventos adversos posibilita la identificación de errores y fallas latentes a partir del análisis causa raíz y desarrollar un plan de acción para reducir los riesgos y mitigar los daños.

RECOMENDACIONES

1. Socializar los resultados de esta investigación con las autoridades del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", así como mediante publicaciones y participación activa en eventos científicos.
2. Solicitar a las autoridades facultativas del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" poner en práctica la propuesta del modelo realizado y constatar su validez teórica y práctica, a partir de su aplicación en los servicios del centro hospitalario.
3. Realizar cursos, talleres con el objetivo de favorecer la capacitación y actualización relacionada a la seguridad del paciente para la identificación y reporte de eventos adversos.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Ginebra: Suiza. OMS; 2020 [consultado 01 de abril del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
2. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. OMS; 2007 [consultado 01 de abril del 2025]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
3. Flores González E, Godoy Pozo J, Burgos Grob F, Salas Quijada CL. Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. Cienc. enferm. [Internet]. 2021. [consultado 03 de abril del 2025]; 27:1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>
4. Institute of Medicine IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. To Err is Human Report. Boston. 1999. [Internet] [consultado 27 de febrero del 2025]. Disponible en: <http://books.nap.edu/catalog/9728.htm>
5. Sarduy Lugo M. Notificación de eventos adversos como componente indispensable de la seguridad del paciente en cuidados intensivos. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2023. [consultado 19 de enero del 2025]; 39: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192023000100034&lng=es
6. Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Centro de gestión hospitalaria. Rev Vía Salud. [Internet]. 2009. [consultado el 09 febrero del 2025]. (48):6-21. Disponible en: <https://upcenfermeriauft.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/05/sp-concepto-ea-sergio-luengas.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Internet]. 2023. [consultado el 28 febrero del 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/patientsafety#tab=tab_1
8. Furtado de Assis S, Feijó Villas Boas Vieira D, Escobar Gimenes de Sousa FR, Oliveira Pinheiro CE, Rezende do Prado P. Adverse events in critically ill patients: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2022. [consultado 05 de abril del 2025]; 56:e20210481. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481en1>
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet]. 2009. [consultado el 28 febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados estudioibeas.pdf>

10. Castaño López LD, Puerta Arango RJ. Importancia del reporte de eventos adversos relacionados con las tecnologías en salud en clínicas y hospitales de Colombia en los últimos 10 años. [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia; Universidad de Antioquia. 2024. [consultado 28 de febrero del 2025] Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/f783d0e7-acca-43a9-bc10-cf662e69ab49/content>
11. Ley 41 de salud Pública de Cuba. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/leisref/2018/03/162/rm_360_2005.pdf
12. Orjuela Rodríguez T, Rojas Cortés R, Vergara V, Aldunate F, Jiménez G, Orta IA, et al. Reacciones adversa a medicamentos utilizados para la COVID-19 en cinco países de América Latina. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2022. [consultado el 19 marzo del 2025]; 46: (e178). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56484/v46e1782022>
13. Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Púb. [Internet]. 2005. [consultado 19 enero 2025]; 31(3):239-44. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n3/spu10305.pdf>
14. Seguridad del paciente. 4to Simposio Internacional de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente. México, D.F.; 2024. [consultado el 19 enero del 2025]. Disponible en: <https://webfepafem-pafams.org/4to-simposio-internacional-de-simulacion-clinica-y-seguridad-del-paciente/>
15. Morales Suárez I, Mejías Sánchez Y, Santos Peña M, Rodríguez Vásquez JC, García Salabarría J, Hernández Vergel L, et al. Manual de Acreditación Hospitalaria. La Habana. ECIMED. 2016. [consultado el 20 enero del 2025].
16. Morales Suárez I. Manual de acreditación hospitalaria en Cuba. La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. 2016. [consultado el 20 enero del 2025]; p. 6-7. Disponible en: http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/site_web/sites/all/informacion/2016/manual/manual%20de%20acreditaci%C3%B3n%20hospitalaria_web.pdf
17. Colectivo de autores. Manual de acreditación hospitalaria. Plaza de la Revolución, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2016 [consultado el 19 marzo del 2025]. Disponible en: http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/2023/manual%20de%20acreditaci%C3%B3n%20hospitalaria_web.pdf
18. Oficina Nacional de Normalización. Norma NC-ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad Requisitos. La Habana. NC; 2015. [consultado el 19 marzo del 2025].

19. Mora Pérez Y, Torres Esperón JM, Bosi de Souza Magnago TS, Espinosa Roca AA, Guillot-Delis E. Registro de notificación de eventos adversos para unidades de cuidados intensivos polivalentes en hospital cubano. Rev Cub Med Int Emerg. [Internet]. 2022 [consultado el 26 enero del 2025]; 21(1):e882. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/882/pdf>
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es> ES
20. Santa cruz V, Rodríguez S, Fajardo D, Hernández. Historia de los sistemas de notificación y registros de incidentes. Rev. CANAMED. [Internet]. 2012. [consultado el 02 enero del 2025]; 17(2):77-80. Disponible en: <file:///C:/Users/mislady/Desktop/Eventos%20Adversos/Historia%20de%20los%20sistemas%20de%20notificaci%C3%B3n%20y.pdf>
21. Falcones Benalcázar MJ, González Landázuri JG. Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres. Revista Científica Hallazgos21. [Internet]. 2019. [consultado el 02 enero 2025]; 4(1):31–40. Disponible en: <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/330>
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. [Internet]. 2023. [consultado el 10 abril del 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
23. Mucito Varela E, Sánchez Oviedo FV. Tecnovigilancia en los laboratorios clínicos: una herramienta para la seguridad del paciente. Rev CONAMED. [Internet]. 2020. [consultado el 10 abril del 2025]. 25(4):174-181. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/9733>
24. Quispe Casanova A. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima. 2019. [Tesis en Gestión de los servicios de salud]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2020 [consultado el 04 abril del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/65de3bfd-150e-423b-beecb64ca810fb95>
25. Rivas Alarcón MS. Eventos adversos en emergencias clínicas: una revisión de literatura descriptiva. [Monografía para el título de Enfermero]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA. Bogotá. 2023. [consultado el 16 marzo del 2025]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/2ca2006e-c2a0-4f24-8c43-90301d20e156/content>
26. Laguna Vásquez GJ. Factores de riesgo de eventos adversos en el traslado del paciente crítico asistido en la unidad médica de emergencia tipo-III de Lima, 2020. [Tesis de segunda especialidad

Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos].Ica: Universidad Peruana Unión. 2020. [consultado el 05 abril del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1f248a19-0460-4778-88ab-ec38e4923b0a/content>

27. Parellada Blanco J, Hidalgo Sánchez AO, Del Rosario Cruz L, González Corrales Y. Eventos adversos en cuidados intensivos. Rev Cub Emer Clinc. [Internet]. 2018. [consultado el 04 abril del 2025]; 17(3):1-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cie183d.pdf>

28. Barrientos Sánchez J, Hernández Zavala M, Zárate Grajales RA. Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. Enferm. Univ. [Internet]. 2019 Mar. [consultado el 4 abril del 2025]; 16(1): 52-62. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.592>

29. Santacruz Varela J, Rodríguez Suárez J, Fajardo Dolci GE, Hernández Torres F. Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes. Rev CONAMED. [Internet]. 2012. [consultado el 2 enero del 2025]; 17(2):77-80. Disponible en: <file:///C:/Users/misladys/Downloads/DialnetHistoriaDeLosSistemasDeNotificacionYRegistroDeInci-3972054-2.pdf>

30. García Gámez M. Seguridad clínica y eventos adversos en las prácticas clínicas en los alumnos de grado de enfermería de la Universidad de Málaga. [Tesis Doctoral]. Universidad de Málaga, 2020. [consultado el 2 enero del 2025]. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/19743/TD_GARCIA_GAMEZ_Marina.pdf?sequence=4&isAllowed=y

31. Henrique Fontes Mota GC; Ribeiro E. Patient safety culture from the perspective of employees in a university hospital. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2022. [consultado el 02 enero del 2025]; 58: e20155. Disponible en: <https://www.scielo.br/bjps/a/4tVYfYXp8HhJgDNFmR5Qdrf/?format=pdf&lang=en>

32. Bernal Coronel BN. Nivel de satisfacción del usuario y calidad de atención en consultorio externo de medicina general en centro de salud de Chiclayo. [Tesis de especialidad en medicina quirúrgica]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2025. [consultado el 04 abril del 2025]. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/14186/Bernal_CN.pdf?sequence=5&isAllowed=y

33. Mihalko, William M. MD, PhD; Greenwald, A. Seth; Phil, D (Oxon); Limón, Jack PhD; Kirkpatrick, John MD, MS J. Reporting and notification of adverse events in orthopaedics. The Journal of the American

Academy of Orthopaedic Surgeons. 2010. [consultado el 10 abril del 2025]; 18(4):193-198. DOI: <https://doi.org/10.5435/00124635-201004000-00002>

34. Siman A, Cunha S, Brito M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 51. 2017. [consultado el 10 abril del 2025], 51, e03243. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>

35. De Lima S, Agostinho M, Mota L, Príncipe F. Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018. [consultado el 10 abril del 2025]. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18023>

36. Furini A, Nunes A, Dallora M. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Revista gaucha de enfermagem*. [Internet]. 2019. [consultado el 10 abril del 2025]. 40 spe, e20180317. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>

37. Neves T, Parreira P, Lopes M, García Alonso JAS, Mónico L, Graveto J, Rodrigues V, Lista A, Fonseca C, Murillo J PP, Mendes F, Batista A, Jose García A, Ramos A. & et all . CISBETI 2019 - International Congress of Health, Well-Being, Technology and Innovation *BMC Health Services Research*, 19. 2019. [consultado el 10 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4213-z>

38. De Souza Ma scarenhas F, Anders J, Gelbcke F, De Melo Lanzoni G, Ilha P. Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2019. [consultado el 10 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0040>

39. Mascarello A, Massaroli A, De Brito Pitilin É, Araújo J, Rodrigues M, De Souza J, et al. Incidents and adverse events notified at hospital level. 2021. [consultado 10 abr 2025].22. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>

40. Sarduy Lugo M. Sistema de vigilancia de eventos adversos en unidad de cuidados intensivos pediátricos. [Tesis de doctora en salud]. Universidad de Ciencias Médicas Villa Clara; 2023. [consultado el 05 abril del 2025]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2137>

41. Guerra Siman A, Silva Cunha SG, Menezes Brito MJ. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2017. [consultado el 04 abril del 2025]; 51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>

42. Lima CSP, Barbosa S de FF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2015 19 maio [consultado el

04 de abril del 2025]; 23(2):222-228. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/6076>

43. Dirección de Monitoreo de Eventos Adversos, Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.gestionderiesgos.gob.ec/dmeva/&ved=2ahUKEwiii6Ka0pKOAxXQ3TQHHdGF0doQFnoECB0QAQ&usq=AOvVaw39qOW05QcLPE9W9NDhcHKz>

44. Abreu Alvarez M, Mendoza Rodríguez Y, Amoroto Roig M, Marrero Miragaya M A, Viada González C. Análisis del reporte de los eventos adversos en ensayos clínicos cubanos. Rev Cubana Farm. [Internet]. Abr 2028. [consultado el 04 abril del 2025]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000100007&lng=es

45. Galindo Santana B, Berdasquera Corcho D. Vigilancia de eventos adversos a la vacunación: experiencia cubana en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integ. [Internet]. Mar 2007 [consultado 4 abr 2025]; 23(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100019&lng=es

46. González Fiallo S, Bell Morales B, Mena Rodríguez I, Galindo Santana B M. Evaluación del sistema de vigilancia de eventos postvacunales en la Isla de la Juventud, Cuba: Una mirada en dos momentos. Vaccimonitor. [Internet]. 2020. [consultado el 04 abril del 2025]; 29(2): 58-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-028X2020000200058&lng=es

47. Mora Pérez Y. Sistema de vigilancia de eventos adversos en cuidados intensivos polivalentes liderado por enfermería Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. [Tesis de doctorado en Ciencias de Enfermería]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018, [consultado el 04 abril del 2025]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=520>

48. León Román CA, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de enfermería en el registro y notificación de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2020. [consultado el 04 de abril del 2025]; 36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200010&lng=es

49. León Román CA, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de enfermería en el registro y notificación de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2019 Jun. [consultado el 04 de abril del 2025]; 35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200010&lng=es

50. Reason J. El error humano. Madrid: Modus Laborandi. [Internet]. 2009. [consultado el 12 abril del 2025] Disponible en: <https://www.casadellibro.com.co/libro-el-error-humano/9788493665524/1240719>
51. James M. Gold Medal Award for Life Achievement in Psychology in the Public Interest: The American psychologist. 2018. [consultado el 12 abril del 2025]; 73(5):617-619. DOI: <https://doi.org/10.1037/amp0000354>
52. Vitale M. The Wisdom of Crowds. Cell. 2015. [consultado el 12 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.04.037>
53. Larouzée J, Coze J. Good and bad reasons: The Swiss cheese model and its critics. Safety Science. 2020. [consultado 12 abr 2025]; 126, pp.art. 104660. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104660>
54. Blanco Quintana R M, Mora Pérez Y, Bosi de Souza Magnago T S, Navarro Martiatu L M, Sánchez García Z T, Iglesias Armenteros A L, et al. Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. Medisur. [Internet]. 2023. [consultado el 04 abril del 2025]; 21(4): 858-864. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000400858&lng=es
55. Análisis de sistemas de incidentes clínicos: el protocolo de Londres 2024 y su aplicación para prevenir riesgos.2024. [consultado 04 de abril del 2025]. Disponible en: <https://seguretadelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/analisi-sistemas-incidencias-protocolo-londres>
56. Underwood P, Waterson P. Systems thinking, the Swiss Cheese Model and accident analysis: a comparative systemic analysis of the Grayrigg train derailment using the ATSB, AcciMap and STAMP models. Accident; analysis and prevention. 2014. [consultado el 12 abril del 2025]; 68: 75-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.07.027>
57. Song W, Li J, Li H, Ming X. Human factors risk assessment: An integrated method for improving safety in clinical use of medical devices. Appl. Soft Comput. 2020. [consultado 12 abr 2025]; 86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.asoc.2019.105918>
58. Löfgren U, Wälivaara B, Strömbäck U, Lindber B. The nursing process: A supportive model for nursing students' learning during clinical education - A qualitative study. Nurse education in practice.2023. [consultado el 12 abril del 2025]; 72:103747. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103747>
59. Elsehrawy M, Shaker T, Elhady T, Othman W. Effect of Modified Swiss Cheese Model on Patient Safety, Patient Safety Culture, and Medication Errors among Nursing Students. Assiut Scientific Nursing Journal.2021. [consultado el 12 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.21608/asnj.2021.94208.1233>

60. Maskari Z, Tai A, Kindi H, Busaidi A, Mammari K, Shukri I, Hashami H, Maskari N, Waili B, et al. Healthcare Associated Measles outbreak in pediatric wards in a tertiary care hospital; challenges and Swiss cheese model enforcement for patient safety. *American journal of infection control*. 2023. [consultado el 12 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.02.011>
61. Seshia S, Young G, Makhinson M, Makhinson M, Smith P, Stobart K, Croskerry P, et al. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017. [consultado el 12 abril del 2025]; 24:187-197. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12847>
62. Serber S, Wachtel N, Fox M, Petrushonis C. A Multidisciplinary Approach to Increase Dysphagia Compliance in Stroke Patients. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2024. [consultado el 12 abril del 2025], 56(6). DOI: <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000778>
63. Wiegmann D, Wood L, Cohen T, Shappell S. Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *Journal of Patient Safety* .2021. [consultado el 12 abril del 2025]; 18(119):123. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810>
64. Mohamed S, Mohamed E, Belal M. Polarity Detection of Dialectal Arabic using Deep Learning Models. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*. 2021. [consultado el 12 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.14569/ijacsa.2021.0121125>
65. Hampe H, Frndak D, Kydonaki C. Global collaboration in teaching root cause analysis with healthcare professional students. *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*. 2022. [consultado el 12 abril del 2025]. DOI: <https://doi.org/10.1108/heswbl-02-2022-0041>
66. Ramírez AV, Pérez CVJA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Med*. 2021. [consultado el 04 abril del 2025]; 19(2):195-203. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100442>
67. Durstenfeld M, Statman S, Dikman A, Fallahi A, Fang C, Volpicelli F, Hochman, K, et al. The Swiss Cheese Conference: Integrating and Aligning Quality Improvement Education With Hospital Patient Safety Initiatives. *American Journal of Medical Quality*. 2019. [consultado el 12 abril del 2025]; 34(590):595. DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860618817638>
68. Sauro K, Machan M, Whalen Browne L, Owen V, Wu G, Stelfo H, et al. Evolving Factors in Hospital Safety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Hospital Adverse Events. *Journal of Patient Safety*.

2021. [consultado el 12 abril del 2025]; 17:1285-1295. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000889>

69. Martínez Santos SP, Mesa García MJ, Pérez Díaz JA. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud. Montería Córdoba. [Monografía para optar por el título de especialista en auditoría de la calidad en salud]. Universidad de Córdoba; 2023. [consultado el 26 enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/a12463d9-d458-47c0-94ad-8dace0e7f14e/content>

70. Adamuz J, Juvé Udina ME, González Samartino M, Jiménez Martínez E, Tàpia Pérez M, López Jiménez MM, Romero García M, Delgado Hito P, et al. Care complexity individual factors associated with adverse events and in-hospital mortality. PLoS ONE. 2020. [consultado el 12 abril del 2025] ,15(7): e0236370 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236370>

71. Angamo M, Chalmers L, Curtain C, Bereznicki L. Adverse-Drug-Reaction-Related Hospitalisations in Developed and Developing Countries: A Review of Prevalence and Contributing Factors. Drug Safety. 2016. [consultado el 12 abril del 2025]; 39:847-857. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40264-016-0444-7>

72. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibber RW, Vincen C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. BMJ: British Medical Journal. 2012. [consultado el 12 abril del 2025]; 344:e832. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e832>

73. Smits M, Zegers M, Groenewegen P, Timmermans D, Zwaan L, Wal G, Wagner C, et al. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. Quality and Safety in Health Care. BMJ Journals. 2010. [consultado el 12 abril del 2025]; 19(e5):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030726>

74. C.S.Harada M de J, da L G Pedreira M, S Pertelini MA, Regina Pereira S. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: Harada et al (org). O error humano e a segurança do paciente. 2 edição. São Paulo: Editora Atheneu. 2006. [consultado el 12 abril del 2025]:19-26. Disponible en: <https://www.atheneu.com.br/o-erro-humano-e-a-seguranca-do-paciente>

75. Machado DSdC, Conceição SMA, Miranda dSIM, Tinoco dOF. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015 jan-fev [consultado el 12 abril del 2025]; 68(1):144-54. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfq7phyj/abstract/?lang=pt>

76. Sathiyaselvan A, Harilall M, Blaj I, Eva L, Farquhar C. Beyond the numbers: Classifying contributory factors and potentially avoidable adverse events in the gynaecology service of National Women's Health at Auckland District Health Board. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2024.; 64: 619–625. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajo.13844>
77. Do Nascimento HV, Franco ST. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). *Esc Anna Nery*. 2011. [consultado el 12 abril del 2025]; 15(4):755-761. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DPf34fZ4r6L7npSSs3V9BFS/>
78. Young Pablo, Hortis De Smith Verónica, Chambi María C, Finn Bárbara C. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev. méd. Chile* 2011; 139(6): 807-813. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>
79. Pfetscher SA. Florence Nightingale: La enfermería moderna. En: Rodríguez M. Modelos y teorías en enfermería. 8va edición. Barcelona: Elsevier España, sevier España S.L; 2014. : 60-65
80. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier. [Internet]. 2014. [consultado el 12 abril del 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834734030.pdf>
81. García Limas RA. Notas sobre Enfermería: enfermeras haciendo la diferencia en la salud global [Editorial]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2010. [consultado 12 de abril del 2025]; 18(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_01.pdf
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/wqdkXn6bBnPxpCG3H4frs3H/?format=pdf&lang=es>
82. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 2000. Disponible en: <https://www.uece.br/eventos/seminarioppclisenfermaio/anais/resumos/10865.html>
83. Peres MAA, Aperibense PGGS, Dios Aguado MM, Gómez Cantarino S, Queirós PJP. El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021; 42 (esp):e20200228 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020022>
84. Ramió Jofre A, Torres Penella C. Florence Nightingale. In *Memorian en tiempos de pandemia. Temperamentvm* [Internet]. 2021 [consultado 2025 Jun 29]; 17: e13885. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112021000100015&lng=es
85. Escobar Castellanos B, Jara Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 2019. 28(54), 182-202. DOI: <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>

86. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [consultado 2025 Jun 29]; 12(32): 346-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es
87. Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2018 Jun [consultado 2025 Jun 29]; 34(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015&lng=es
88. Hernández Pérez R, Hernández Núñez A, Molina Borges M, Hernández Sánchez Y, Señán Hernández N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2020 Dic [consultado 2025 Jun 29]; 36(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000400013&lng=es
89. Izquierdo Machín E, Martínez Ruiz M. T. , Ramírez García B. *Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería*. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2016; 15(4):642-650. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180450044015>
90. Yera Sánchez Asbely, García Núñez Rubén Darío, Cambil Martín Jacobo. Teorías y modelos de Nola Pender y Patricia Benner: su conexión con la prevención del cáncer de piel. *Medisur* [Internet]. 2024 Ago [consultado 2025 Jun 29]; 22(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2024000400001&lng=es
91. Valiente P. Propuesta de sistema de superación para elevar la profesionalidad de los directores de centros docentes. [Tesis en opción al Título de Máster en Investigación Educativa]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 1997. p. 25.
92. Valdés H. Evaluación del desempeño docente. Encuentro Iberoamericano sobre evaluación del desempeño del docente: desarrollo escolar. Tijuana, México; 2000
93. Santiesteban ML. Programa de capacitación para los directores de primaria del municipio de Playa. [Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 2003.
94. Díaz Ramos, Sandy, Gámez Batista, Yalice, Martínez Márquez, Yoan, & Valcárcel Izquierdo, Norberto. El mejoramiento del desempeño profesional pedagógico de los profesores de Matemática de la UCI: una demanda social. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 9(3) (2021).

Epub 01 de diciembre de 2021. Recuperado en 29 de junio de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322021000300003&lng=es&tlng=es

95. Torres G. Propuesta de un modelo de capacitación para los dirigentes de la Educación Técnica y Profesional. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. 2004. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”;

96. Santos J. Modelo pedagógico para el mejoramiento del desempeño pedagógico profesional de los profesores de Agronomía de los institutos politécnicos agropecuarios. [Tesis doctoral]. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 2005.

97. Grey X. Modelo pedagógico para el mejoramiento del desempeño profesional de los maestros primarios que laboran en escuelas para alumnos con trastornos de la conducta [Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Pedagógicas] La Habana: Instituto Superior Pedagógico “ Enrique José Varona”; 2012.

98. Villavicencio H. Modelo Pedagógico de Actividades Físicas que contribuye al Mejoramiento Profesional y Humano. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 2013.

99. Perdomo AB. Programa de Mejoramiento Permanente del desempeño profesional del enfermero técnico en la Educación para la Salud. [Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas]. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2015.

100. Valdés M.C. Programa Educativo para el Mejoramiento Profesional y Humano del Bibliotecario Escolar. [Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas].La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”. 2016.

101. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta edición. Ed McGraw-Hill Interamericana: México. D.F; 2014:532-42.

102. Añorga J, Valcárcel N, Ché J. La parametrización en la investigación educativa [Internet]. 2008. [citado 2018 Abr 17];(47):4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/3606/360635567005/6>

103. Nadal, G C. América en el Diccionario de la lengua castellana de la Real Academia Española. 2021. *Lexis*, 45(1), 77-123.DOI: <https://doi.org/10.18800/lexis.202101.002>

104. Hernández Vergel LL, León Román CA, Miranda Guerra A de J, Hernández Rodríguez LC. Satisfacción de usuarios como indicador de calidad de los servicios de enfermería, Clínica Central Cira García. Rev. Cuba. enferm. [Internet]. 6 de abril de 2022 [consultado 29 de junio de 2025]; 37(4). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5186>
105. Medina González I, Valcárcel Izquierdo N, Sixto Pérez A, Velázquez Ronda D. Los métodos de trabajo educativo, su expresión en la formación de los recursos humanos de la carrera de enfermería. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Abr [consultado 2025 Jun 29]; 18(2): 297-305. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200013&lng=es.
106. Bayarre Veá H, Oliva Pérez M, Horsford Saing R, Ranero Aparicio V, Counti Marie G, Díaz Llanes G. Metodología de la investigación en APS. Ed. Ciencias Médicas: La Habana; 2004, p 3.
107. Saiz S Manual del funcionamiento interno Instituto de Medicina tropical IPK. 28 de Enero del 2016.
108. Kourí G, Pelegrino JL, Llop A, Guzmán MG, Más P. El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, una institución para Cuba y la humanidad [Internet]. 2012 [consultado 18 diciembre 2024]; 00(21). Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/ipk/files/2012/09/IPK-Pub-ACC-G-Kourí.pdf>
109. Portal Miranda JA. El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri., antecedentes y desafíos en su 80 Aniversario. Rev Cubana MedTrop. [Internet]. 2018. [consultado el 19 diciembre del 2024]; 70(2): 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037507602018000200009&lng=es&tlng=es
http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v70n2/a09_348.pdf
110. Samaja J. La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2018 [consultado el 11 abril del 2025]; 44(2):431-443. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200431&lng=es
111. Añorga Morales J, Valcárcel Izquierdo N, Che Soler J. La parametrización en la investigación educativa. VARONA. [Internet]. 2008. [consultado el 11 abril del 2025]; (47):25-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360635567005>
112. Añorga Morales JA. La Educación Avanzada y el mejoramiento profesional y humano. Varona, [Internet]. 2014 [consultado el 25 Diciembre]; (58):19-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360634165003>

113. Bringas JA. Propuesta de modelo de planificación universitaria. [Tesis Doctoral]. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona". Ciudad de La Habana. 1999.

114. Reyes Piña O. L, Bringas Linares J. A. *La Modelación Teórica como método de la investigación científica*. VARONA. [Internet]. 2006; (42):8-15. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360635561003>

116. Izquierdo ME. Identificación de Indicadores de Violencia Contra niños y niñas: una alternativa de Enfermería. [Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias de Enfermería]. La Habana, Cuba: "Facultad Lidia Doce"; 2017.

Anexo #1: Guía de observación.

Objetivo: Conocer Nivel de identificación de eventos adversos.

Escala: se clasifica cada uno de los indicadores en correspondencia con la escala que se relaciona a continuación: Sm: Se observa en todo momento; Sf: Se observa frecuentemente; Sc: Se observa casi siempre; Sp: Se observa poco; Ns: No se observa.

No. Indicadores	Sm (5)	SF (4)	SC (3)	SP (2)	NS (1)
1.1 - Nivel de identificación de eventos adversos					
1.2 - Nivel de conocimientos sobre la seguridad del paciente					
1.3 - Nivel de conocimientos sobre cultura de la seguridad del paciente					
1.4 - Nivel de motivación por la superación					
1.5 - Nivel de relación empática					
2.1 - Nivel de apariencia personal					
2.2 - Nivel de entusiasmo					
2.3 - Nivel de conducta Ciudadana					
3.1 – Nivel de responsabilidad ante trabajo					
3.2 – Nivel del conocimiento del código de ética					
3.3 - Nivel de comunicación con el equipo de trabajo					
3.4 - Nivel de comunicación entre profesionales de enfermería					
3.5 – Nivel de disciplina laboral					
3.6 - Nivel de respeto a la dignidad de las personas					
3.7- Nivel de Educación Formal					
3.8 - Nivel de sentido de pertenencia con la institución					
3.9 - Nivel de satisfacción laboral					

Fuente: Parametrización

Anexo #2: Encuesta al personal de Enfermería.

No. Encuesta: _____

Estimado/a colega, nos encontramos inmersos en una investigación que tiene como objetivo identificar deficiencias en el momento de la notificación de algún evento adverso que pueda ocurrir durante su labor como enfermera/o, por lo que le sugerimos que lea y analice detenidamente cada una de las preguntas formuladas en este instrumento.

Agradecemos de antemano su colaboración, y le ratificamos el carácter anónimo que tendrá la información proporcionada.

1. Datos generales.

a) Edad: ____

b) Sexo: ____ Masculino ____ Femenino

2. Marque con una X:

a) Nivel escolar: ____ Técnico Medio ____ Técnico Medio Superior ____ Universitario

b) Categoría científica: ____ Máster ____ Doctor en Ciencias

c) Años de experiencia laboral:

____ <5 años ____ De 5 a 10 años ____ 11 a 15 años ____ >15 años

d) ¿Qué tiempo de trabajo lleva en el IPK?

____ <1 año ____ De 1 a 5 años ____ De 6 a 10 años ____ >10 años

e) Área de trabajo en el centro hospitalario.

____ Centro de recepción de ingreso ____ Salas de medicina ____ Hemodiálisis
____ Unidad de Cuidados Intensivos ____ Salón ____ Esterilización
____ Consultas ____ Departamento de Enfermería

3. ¿Qué tipos de eventos adversos conoce? (puede seleccionar más de una opción).

____ Procederes inadecuados ____ Mal funcionamiento del equipo de trabajo

____ Caídas del paciente ____ Retrasos en la atención del enfermo

____ Complicaciones quirúrgicas ____ Reacción medicamentosa

____ Errores en la transfusión de sangre

____ Otros (por favor, especifique): _____.

____ No sé

4. ¿Ha conocido de casos en el área del hospital del IPK de ocurrencia de eventos adversos?

____ Sí ____ No

5. ¿Ha recibido formación específica sobre la notificación de eventos adversos?

____ Sí ____ No

____ De ser afirmativa su respuesta ¿Cuál? _____

6. ¿Qué tipos de infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS) conoce? (puede seleccionar más de una opción).

____ Úlceras de decúbito ____ Flebitis

____ Infección de la piel ____ Infección de herida quirúrgica

____ Sepsis. Especifique localización: _____

____ Otros. ¿Cuáles? _____

____ No sé

7. Según su opinión, ¿Cuáles son las causas más frecuentes de eventos adversos? (puede seleccionar más de una opción)

- Falta de personal Cansancio del personal Errores en la comunicación
 Fallos en el equipo médico Protocolos inadecuados
 Errores en la administración de medicamentos
 Otros. Especifique: _____
 No sé

8. ¿Qué papel cree usted que tienen los administrativos en la gestión de eventos adversos? (puede seleccionar más de una opción)

- Supervisar el proceso de notificación Implementar políticas de seguridad
 Facilitar la formación y educación Evaluar y mejorar el sistema de notificación
 Otros. Especifique: _____
 No sé

9. ¿Cómo actuaría usted ante la identificación de un evento adverso? (puede seleccionar más de una opción)

- Describir el evento en la historia clínica Informar al supervisor inmediato
 Notificar el evento de inmediato Documentar los detalles del evento
 Participar en la investigación del evento Seguir los protocolos establecidos
 Otros. Especifique: _____
 No hago nada

10. El proceso de notificación de eventos adversos (EA) puede verse facilitado o limitado por factores contribuyentes. En el siguiente cuadro marque solo un elemento por cada fila que muestre si se facilitan o dificultan la notificación en su entorno laboral.

Facilitador	Limitador	No opción
<input type="checkbox"/> Formación continua y adecuada sobre EA	<input type="checkbox"/> Falta de formación y educación sobre EA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acceso a recursos y materiales educativos	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de los protocolos de EA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comunicación efectiva entre el personal	<input type="checkbox"/> Falta de comunicación efectiva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cultura de seguridad establecida	<input type="checkbox"/> Baja percepción de riesgo a EA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Políticas claras y apoyo institucional	<input type="checkbox"/> Falta de políticas y apoyo institucional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Procedimientos estandarizados	<input type="checkbox"/> Procedimientos complicados y engorrosos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistema de notificación rápidos y accesibles	<input type="checkbox"/> Inconveniencia del sistema de notificación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistemas electrónicos eficientes	<input type="checkbox"/> Falta de integración de sistemas tecnológicos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soporte técnico disponibles	<input type="checkbox"/> Falta de soporte y entrenamiento en el uso del sistema	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambientes de trabajo seguros	<input type="checkbox"/> Entornos de trabajo inadecuados	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infraestructura adecuada	<input type="checkbox"/> Infraestructura deficiente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comunicación efectiva con el paciente	<input type="checkbox"/> Pacientes con problemas de comunicación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Involucramiento del paciente en su cuidado	<input type="checkbox"/> Baja participación del paciente en su cuidado	<input type="checkbox"/>

Anexo # 3: Encuesta de validación del instrumento

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana
Facultad de Enfermería Lidia Doce
Reporte de validación de instrumento de investigación

I. Datos Generales:

1. Título de la Investigación: Estrategia de enfermería dirigida a mejorar la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"
2. Nombre del instrumento: Cuestionario dirigido a identificar deficiencias en la notificación de eventos adversos del personal de Enfermería del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"
3. Nombre del Experto: _____
4. Área de desempeño laboral: _____

Marque en el recuadro respectivo, si el instrumento a su juicio cumple o no con el criterio exigido.

Criterios			Valoración		Observación
			Si	No	
1	Claridad	Esta formulado con lenguaje claro y preciso			
2	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			
3	Pertinencia	Adecuado al objetivo que se propone			
4	Organización	Existe un organización lógica			
5	Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad			
6	Adecuación	Adecuado para validar el constructo o variable a medir			
7	Consistencia	Basado en aspectos teóricos y científicos			
8	Coherencia	Entre las definiciones, dimensiones, sub dimensiones e indicadores			
9	Metodología	La estrategia corresponde al propósito de la medición			
10	Significatividad	Es útil y adecuado para la investigación			

5. Criterios de validación del experto: Procede su aplicación SI () NO ()

Nombre y apellidos		Carnet de Identidad	
Dirección		Teléfono	
Título profesional/ Especialidad			
Grado Académico			
Mención			

Anexo #4: Consentimiento de participación.

**Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK)
Declaración de consentimiento participativo**

Título de la investigación: Estrategia de enfermería dirigida a mejorar la notificación de eventos adversos en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"

Investigadora principal: Lic. Misleydis Pérez López. Jefa de Sala del Servicio de Medicina
Móvil: +53 53461757
Correos: misleydisperezlopez26@hmail.com / mislaydis.perez@ipk.sld

Estimado/a colega:

En el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK) nos encontramos inmersos en una investigación relacionada con el proceso de notificación de eventos adversos por parte del personal de enfermería. Usted ha sido seleccionado/a para participar en la investigación, por los aportes que puede realizar al estudio según sus experiencias. La información que se obtenga será anónima y solo se utilizará con fines investigativos.

Declaro que he recibido toda la información y se me ha facilitado la oportunidad de realizar preguntas ante las dudas que me puedan surgir. Puedo contactar con la investigadora en el momento que lo desee pues me ha facilitado sus datos personales. De manera que acepto formar parte de la investigación entendiéndolo que tengo el derecho de abandonarlo sin que ello me afecte desde el punto de vista personal o profesional.

Nombre(s) y Apellidos

Firma

Nombre del Investigador principal

Firma