

## Attitudes of health personnel facing adverse events

Ruth Vargas Gonzales<sup>1</sup>, Rosa Barrientos Reynaga<sup>2</sup> y  
José Llontop Aponte<sup>2</sup>

Recibido: 17 de agosto de 2017

Aceptado: 24 de agosto de 2017

### Resumen

El objetivo de esta investigación fue explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. Servicio de Obstetricia. Hospital Belén de Trujillo, 2016. Se realizó una investigación de tipo cualitativo diseño fenomenológico en doce obstetras, cuatro ginecólogos y cuatro residentes de Ginecología, quienes fueron seleccionados a través de la estrategia bola de nieve y se les aplicó una entrevista a profundidad. Se encontró que el personal de salud tiene limitado conocimiento sobre eventos adversos y desconoce que existe un sistema de vigilancia. Señala como causas de eventos adversos a la mala praxis, problemas en

los procesos de admisión y organización del hospital. El personal de salud manifiesta que en caso de haber ocasionado un evento adverso (EA) grave asumiría su responsabilidad; para los entrevistados esto consistiría en hacerse cargo de los gastos de recuperación. La mejor estrategia de prevención de los eventos adversos, según el personal entrevistado, es la capacitación y, para algunos, una adecuada atención prenatal.

**Palabras clave:** Eventos adversos, actitudes, actitud de los profesionales sanitarios, administración de la seguridad.

### Abstract

The aim of this research was to examine the health staff attitude towards adverse events during the delivery and postpartum Obstetrics service. Belen Hospital of Trujillo, 2016; a qualitative study was conducted with a phenomenological design among 12 obstetricians, 4 obstetrician gynecologists and 4 Obstetrics and Gynecology Residents, who were selected with the snowball technique and their interview was conducted with depth. It was found that the health staff that participated on the survey has limited knowledge on adverse events and they don't know that there is available a monitoring system; for the health staff one of principal causes of

these events is the human error, moreover there are problems at the admission process and the hospital organization. The health staff affirmed that in case they cause serious adverse events, they will assume their responsibility, to assume this responsibility for the interviewees means to assume the cost of the treatment. They argued that the best prevention strategy is training and some others mentioned it is necessary adequate antenatal care.

**Key words:** Adverse events, attitudes, attitude of the professionals; safety management.

<sup>1</sup> Obstetra, Maestra en Salud Pública, Doctorando en Investigación Clínica, Docente de UPAO.

<sup>2</sup> Obstetras egresados de la Universidad Privada Antenor Orrego.

## I. Introducción

Los eventos adversos (EA) se definen como la situación no deseada imputable a la atención de salud y no derivada de la enfermedad o condición de salud del paciente.<sup>1,2</sup> La incidencia de los EA varía entre “el 1 y el 22% y tiene un significativo impacto en términos de prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad resultante, costos y mortalidad. Se ha reportado que un 30 a 70% de ellos son evitables”<sup>3</sup>.

El Perú reporta una prevalencia de EA de 11.6% y en los servicios de obstetricia de 24.9%. El comportamiento del indicador es afectado por la edad, la medicación y el tipo de procedimiento que se aplica a la paciente durante su estancia<sup>4</sup>.

La ocurrencia de los EA es multifactorial, se consideran los siguientes procesos: “las tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas (deficiencias en la coordinación y comunicación entre el personal, poca comunicación con el paciente y sus familiares)”<sup>5</sup>; posibilidades de fallas en la estructura, determinantes ambientales, diseño arquitectónico inadecuado, fallas en los equipos, limitado personal, capacitación deficiente, medicamentos insuficientes o de mala calidad. También se consideran fallas en el proceso como diseño organizacional inadecuado. Existen otros factores asociados al proceso de la atención tales como identificación deficiente del paciente, historias clínicas incompletas, riesgos altos del procedimiento, medidas de bioseguridad insuficientes, carencia de guías clínicas, criterios clínicos incorrectos, fatiga, prisa en el desarrollo de las actividades, falta de conciencia de los riesgos. Existen factores asociados a la paciente como la intolerancia a medicamentos o material de curación, alergia no conocida a medicamentos, negativa a colaborar en su atención y colaboración<sup>6</sup>.

El profesional de salud cumple una importante función en la reducción de riesgos mediante la aplicación de medidas de bioseguridad, de aislamiento hospitalario y su participación en los sistemas de vigilancia de EA.

Los sistemas de notificación son una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia; por cuanto pueden orientar a la garantía de la responsabilidad social (de tal forma que los profesionales de la salud rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los profesionales de salud proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad<sup>7</sup>.

Estudios sobre las actitudes del personal de salud frente a un EA se refieren a problemas en la notificación debido a limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, normas culturales, creencias acerca del riesgo, inadecuada retroalimentación, percepción de escaso valor del proceso (considerados elementos críticos a trabajar para incrementar el reporte de EA); también problemas al realizar el reporte: miedo al castigo, por olvido y, finalmente, por la probabilidad de un litigio<sup>8-10</sup>.

Los EA durante el parto y puerperio deben ser estudiados por las instituciones de salud para reducir el impacto sobre la salud materna y perinatal. Los profesionales de la salud que brindan atención materna perinatal deben trabajar con las instituciones de salud y los pacientes en los aspectos de la seguridad; ya sea en prevención, detección, evaluación y análisis para llevar a intervenciones que reduzcan el riesgo de error en los procesos de atención y en programas de mejoramiento de calidad, que hagan más seguras las instituciones y el ejercicio profesional<sup>3</sup>.

El presente estudio tuvo el objetivo de explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos, respecto a la vigilancia y notificación, al análisis de causas y las estrategias de prevención y control durante el parto y puerperio.

## II. Material y métodos

Esta investigación fue de tipo cualitativa, con diseño fenomenológico sobre la base de la premisa “resultaría imposible obtener el conocimiento de los seres humanos, sin describir cómo se vive y cómo se define la experiencia humana por los actores mismos”<sup>11</sup>. El ámbito de estudio fue el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. La unidad de observación fue el personal profesional involucrado directamente en la atención del parto. Los participantes fueron seleccionados a través de la estrategia de bola de nieve, es decir, “encontramos un informador clave y este identificó a otro a quien investigamos, el total de la muestra se obtuvo por saturación teórica”<sup>12</sup>.

Participaron cuatro ginecólogos, cuatro médicos residentes de Ginecología y doce obstetras (Cuadro1). Para la recolección de información se utilizó la entrevista semiestructurada. Se elaboró el guion de la entrevista a profundidad (EP) (Cuadro2) sobre la base de la bibliografía y de una observación previa del contexto de estudio. La recolección de la información se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2016. Previo al inicio de la entrevista, los participantes leyeron y, luego, firmaron el consentimiento respectivo. En todo momento se mantuvo la confidencialidad de la información y su uso, únicamente, para fines divulgativos científicos.

Una vez transcrita la información de las entrevistas se realizó el análisis de contenido, clasificando y codificando los diversos elementos del mensaje con el fin de hacer aparecer el sentido de la mejor manera.

Cuadro 1: Perfil de los entrevistados

Orden	Profesión	Edad (año)	Sexo	Situación laboral	Tiempo de servicio (años)
1	Obstetra	55	Femenino	Nombrada	29
2	Médico	55	Masculino	Nombrado	14
3	Obstetra	39	Femenino	CAS	8
4	Obstetra	32	Femenino	Nombrada	10
5	Obstetra	31	Femenino	Nombrada	10
6	Obstetra	52	Femenino	Nombrada	13
7	Obstetra	57	Femenino	Nombrada	13
8	Obstetra	41	Femenino	Nombrada	25
9	Médico	42	Masculino	Nombrado	5
10	Médico Resd	41	Masculino	Residente	3
11	Obstetra	60	Obstetra	Nombrada	32
12	Médico Resd	30	Masculino	Residente	3
13	Médico Resd	32	Masculino	Residente	1
14	Médico Resd	32	Masculino	Residente	1
15	Obstetra	31	Femenino	Nombrada	10
16	Médico	57	Masculino	Nombrado	27
17	Obstetra	58	Femenino	Nombrada	33
18	Médico	53	Masculino	Nombrado	13
19	Obstetra	52	Femenino	Nombrada	29
20	Obstetra	42	Femenino	Nombrada	14

Cuadro 2: Guion de entrevista a profundidad (EP)

**Sección I: Conocimiento sobre eventos adversos**

¿Qué es para usted un evento adverso?

¿Cuáles son los eventos adversos más comunes en obstetricia?

¿Cuáles cree usted que son las causas de los eventos adversos?

**Sección II: Rol del personal de salud**

En el momento del parto ¿Qué tipo de eventos adversos se da con mayor frecuencia?

En el puerperio ¿Qué tipo de eventos adversos ha visto?

¿Usted realiza la notificación de los eventos al sistema de vigilancia?

¿Qué haría usted si hubiera ocasionado un evento adverso grave?

**Sección III: Estrategias de prevención y control**

¿Si usted supiera de un evento adverso grave en su hospital, qué acciones tomaría?

¿Qué medidas de prevención o estrategias tomaría para evitar un evento adverso?

### III. Resultados

De las veinte entrevistas a profundidad realizadas a los profesionales de salud, se estableció:

#### Conocimiento sobre eventos adversos

El personal de salud entrevistado que participó de la investigación tiene un conocimiento limitado sobre la definición de EA.

[...] *Es toda situación que produce daño al paciente, por el procedimiento antes que por la fisiología misma de la paciente.* EP,3

[...] *Es una situación inesperada, fortuita que perjudica la atención que se da a la paciente, no se realiza con intención alguna, por eso es imprevista.* EP,10

[...] *Es aquella situación que causa perjuicio a la salud del paciente... y esto se da más por el procedimiento utilizado y no por la enfermedad.* EP,2

[...] *Es una complicación que afecta al paciente, su salud, esta se da de manera inesperada, sin intención.* EP,18

El personal de salud ante la pregunta sobre cuáles son los EA más comunes en la obstetricia identifica aquellos daños que están categorizados como EA.

[...] *Siempre hay desgarros en el parto vaginal, hemorragias postparto e infecciones intraoperatorias.* EP, 9

[...] *Desgarros, infecciones, y claro las... hemorragias son las más comunes que he visto.* EP,20

[...] *Los desgarros. En el puerperio te hacen atonías y terminan en shock hipovolémico, y en algunos casos hay dehiscencias cuando no se sutura bien.* EP,5

A la pregunta ¿cuál cree usted que son las causas de los EA? hubo limitada información respecto a las causas de estos eventos adversos.

[...] *Cuando no hay una buena técnica para proteger el periné se dan los desgarros o para la extracción de placenta algunos "jalan" con tanta fuerza y pues se quedan restos. La mala técnica también o el bajo conocimiento son las causas principales.* EP,15

[...] *En algunos casos es el poco conocimiento que tiene el personal para abordar el caso que se presente, pero otras veces por ejemplo ¿no? en las guardias, operamos de emergencia y no hay neonatólogos porque se encuentran con otras emergencias y en obstetricia no podemos esperar, se tiene que actuar ya y tenemos que aplazar la operación en espera del neonatólogo o del anestesiólogo, hay mala organización, debería haber más personal de turno"-* EP,12

#### Rol del personal de salud

Referente al tipo de EA que se da con mayor frecuencia en el momento del parto, el personal de salud reconoce a aquellos EA que están clasificados como tales.

[...] *Lo más frecuente es el desgarro, también, bueno... la retención de restos placentarios, que se da por la rapidez con la que se extrae"-*EP;7

[...] *Mira, muchas veces el personal que atiende el parto no está calificado para atender el parto y bueno se producen desgarros hasta de 3° o 4° grado, como se ha producido recientemente ¿sabías? También una inadecuada sutura de la episiotomía que producen hematomas-*EP,13

[...] *Siempre hay desgarros en este periodo, son los más comunes-*EP,16

El personal de salud reconoce algunos de los EA que están clasificados dentro de los más comunes durante el puerperio.

[...] *Para mí son infecciones puerperales ¿no?, por el lavado de manos incorrecto...también pues las dehiscencias, hemorragias...Sobre todo hemorragias, pueden causar muerte.* - EP,1

[...] *En las cesáreas pueden ser las infecciones de herida operatoria, por mala técnica en bioseguridad-*EP,17

[...] *Hemorragias por atonía uterina, la patología más temida-*EP, 14

Ante la pregunta sobre si el personal de salud realiza la notificación al sistema de vigilancia; ellos desconocen que existe un sistema de vigilancia de EA y solo notifican las infecciones intrahospitalarias.

[...] *Si lo causó algún colega... le aconsejaría. En algunos casos se presenta de manera reiterada, pero no lo denunciaría ni reportaría... a lo mucho llegaría a la jefatura, pero no más.* -EP, 11

[...] *Bueno, yo trataría de buscar a la paciente con quien cometí el error y le ayudaría en todo lo que pueda para revertir este, más no notificaría.* -EP, 7

[...] *Bueno yo creo que está mal, un evento así no puede suceder...pero existe un comité aquí para cuando se presentan infecciones intrahospitalarias y se llena una hoja, una ficha, pero de EA, no.*-EP,2

[...] *Hablaría con el personal que ha cometido el error, para ver cómo prevenirlo también ¿no? Pero ¿notificar? No lo creo.* -EP, 14

Ante la pregunta qué haría usted si hubiera ocasionado un EA grave, el personal de salud investigado maneja el protocolo necesario para la patología que se presente. Algunos argumentan que involucrarían a la familia para que tenga conocimiento del EA. Asimismo algunos asumirían costos de rehabilitación de la paciente.

[...] *Siempre tratar de solucionarlo de inmediato, dependiendo del caso también ¿no? Si es una hemorragia, el accionar debe ser rápido, manejando el protocolo, actuando todos de manera simultánea-*EP,10

[...]Lo primero es actuar inmediatamente. Pero si actué mal queda ese malestar de que pudiste hacer algo y no lo hiciste pues y al final desencadena en un EA. Bueno actuaría inmediatamente y aviso al personal. -EP,8

[...]Yo actuaría inmediatamente, trato de estabilizarlo...llamaría al personal capacitado. Uno sabe hasta dónde puede solucionar el caso y ya pues cuando escapa a mis competencias llamaría al personal adecuado. -EP,6

[...]Siempre antes de todo, primero es comunicar al personal de salud para actuar inmediatamente. Asumiría mi responsabilidad también creo yo y también ayudaría a la paciente en lo posible. Asumiría con los gastos de medicamentos o tratamiento, asumir mi error ante todo. -EP,20

[...]Depende del EA ¿sí? ... Siempre actuar de manera inmediata para solucionar el problema...Mira...por ejemplo un desgarro de 4º grado se repara inmediatamente el desgarro. Y todo esto se tiene que comunicar al paciente sobre lo que ha sucedido, y a la familia también en caso la paciente no pueda entender. -EP,9

### Estrategias de prevención y control

Respecto a qué acciones tomarían si tuvieran conocimiento de un EA grave en su hospital, la acción primaria es tratar de solucionar el caso de manera interna y en el hipotético caso de que se presente de nuevo acudirían a las instancias necesarias.

[...]A ver, lo primero es solucionar el problema al paciente. Y luego corregir la técnica. Mira, si me hablas de un residente o un interno es un personal en formación, se entiende eso ¿no? y si me hablas de una obstetra se supone que es personal capacitado para prevenir la situación y si es un médico igual, claro si se presenta de nuevo se tomarían otras sanciones, algo más drástico. Como te decía, sea obstetra o gineco-obstetra la idea es tratar de solucionar el EA, minimizar la secuela que pueda tener el EA. EP, 9

[...]El hecho de que un evento se repite de manera reiterativa depende de por sí de cómo se presenta. Hay pacientes... algunas que vienen con antecedente de desgarro perineal o con expulsivo prolongado, hay casos donde las técnicas fueron correctas pero los antecedentes producen esto. Es por eso que se tiene que evaluar bien la historia clínica. -EP,2

[...]Conversar con la colega o el profesional, indicarle en qué falló, qué pudo haber evitado pues y hacerlo consciente que se equivocó y no permitir que pase a futuro ¿comprendes? y si se vuelve a repetir voy al jefe de departamento para que tome medidas. Estos casos son intolerables, no se pueden dar en reiteradas ocasiones. -EP,7

[...]Ya pues, sería conversar con la persona involucrada, tratar que explique las razones por las que ha sucedido y entender la situación, para tratar de corregir las falencias que hubo, si se presenta otra vez, hablaría con el jefe de departamento. EP,12

Ante la pregunta sobre las medidas de prevención o estrategias para evitar un EA el personal de salud refiere capacitaciones constantes sobre EA, así como también mejorar el control prenatal.

[...]Hacer una buena historia clínica, es básica la anamnesis ¿sabes? Estar capacitados y actualizados. Retroalimentarnos periódicamente, la carrera de salud nunca termina, siempre hay que leer. -EP, 14

[...]Evaluar bien a la paciente antes del ingreso al servicio, su historia clínica ¿no? Y claro que... también hacer cursos de capacitación que sean constantes para el personal que labora aquí. -EP,15

[...]Conocer la historia natural de las patologías y cómo se dan las enfermedades, saber las complicaciones que podrían suceder en un parto o todo lo que puede corregir en un procedimiento. Sabiendo todo esto puedes prevenir muchas cosas. -EP,18

### IV. Discusión

En el presente estudio, el personal de salud entrevistado maneja una definición limitada sobre EA, lo que afecta la notificación de los casos. La definición, aparentemente, no es sensible para ampliar el número de notificaciones por EA. El personal entrevistado refiere que el EA es un hecho fortuito no intencional, es decir, que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente, ya que su propósito es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes "bajo el principio hipocrático de no hacer daño, tal como reflejan otras investigaciones"<sup>13</sup>. Así mismo solo conoce algunas de las causas de EA como el error médico, la falta de conocimiento del personal asistencial y su carente preparación. Al mencionar esta causa, se verifica que el personal coincide en su respuesta con un estudio realizado sobre seguridad del paciente por la Harvard Medical Practice Study en Estados Unidos, en el 2010, que demostró que un buen número de EA en los hospitales se puede atribuir a errores humanos<sup>14</sup>.

Existe otro tipo de causas como la infraestructura o la demora en la admisión al hospital y en la organización, pero solo algunos entrevistados refieren que existen problemas en la admisión al establecimiento de salud, así como también en la organización o la necesidad de incremento de personal de turno. La Organización Panamericana de la Salud, en el 2013, reporta que las causas de los EA son el personal insuficiente o la sobrecarga laboral. Otros autores como Bailit y Blanchard, en su estudio sobre el efecto de las horas de trabajo en el área de ginecología y obstetricia, reportan que existe una mayor frecuencia de complicaciones cuando la jornada de trabajo de un residente es mayor. Cuando se reestructuró la jornada laboral y el residente tuvo más horas de descanso, disminuyeron significativamente los EA<sup>15,16</sup>.

El personal de salud menciona que EA más frecuentes en obstetricia son desgarros, hemorragias, infecciones y dehiscencias. Esto concuerda con un estudio sobre prevalencia de EA en hospitales latinoamericanos, realizado en España, en el 2011 por Aranaz y Aibar quienes destacan que los EA más comunes y los que se dan con mayor incidencia son los desgarros, hemorragias y en un menor porcentaje las infecciones<sup>4</sup>. Los entrevistados también mencionan que los EA más frecuentes en el puerperio son las infecciones y hemorragias post-parto, estas últimas con "preocupación por el impacto en su alta morbi-mortalidad"<sup>17</sup>.

El personal de salud tiene la percepción de que estas infecciones se presentan por una deficiente técnica en bioseguridad, donde no se realiza el lavado de manos en los momentos necesarios, cuando se considera que el lavado de manos antes, durante y después del acto médico es de vital importancia. Estos resultados coinciden con lo investigado por Vilella y Sallés en su estudio sobre seguridad e infecciones nosocomiales y lavado de manos, en España en el 2011<sup>18</sup>.

En el caso de que el personal de salud hubiera ocasionado un evento adverso, ellos mencionan que tratarían de solucionar el problema causado y comunicarían rápidamente al equipo de turno para actuar lo más rápido posible. Algunos responden que, si tuvieran la culpa, asumirían su responsabilidad e incluso correrían con los gastos para enmendar el error y comunicarían lo sucedido a los familiares o a la paciente misma. Se puede afirmar que ellos realizan esta acción para evitar problemas legales que les puedan perjudicar en su carrera profesional. Kerguelén, en su investigación sobre el reporte y análisis de eventos adversos, realizado en el 2010 en Colombia, encontró que el personal de salud que asume este tipo de responsabilidad es porque prefiere evitar llegar a instancias legales donde los gastos económicos son mayores y no afecta su imagen y carrera profesional<sup>19</sup>.

Algunos mencionan que sentirían un sentimiento de culpa y remordimiento porque pudieron haber actuado de otra manera y no lo hicieron. Kingston y Smith, en Australia, estudió las actitudes de los médicos y enfermeras ante el reporte de eventos adversos. Señalaron en el 2010 que en algunos profesionales de la salud se presenta el sentimiento de culpabilidad y que este influye para que reporten el EA. El saldo fue positivo, ya que otros profesionales de salud, al observar que sus compañeros reportaban los incidentes, tuvieron más confianza en que reportar el EA era lo más sensato<sup>20</sup>.

En otros estudios, el personal respondió que, luego de haber realizado el protocolo necesario para salvar la vida del paciente, reportaron el evento ante las instancias pertinentes. Acciones de este tipo también se han encontrado en el presente estudio.

Sobre la identificación de barreras para acceder al sistema de reportes en el 2009 en Estados Unidos, Harper y Helmreich mencionan que el personal de salud de las instituciones de salud tenía mucho temor a sanciones, alegando que jamás reportarían voluntariamente un EA si es que antes no se les hubiera garantizado un proceso

justo<sup>21</sup>.

Al responder sobre las acciones que tomaría si tuvieran conocimiento de un EA grave en su hospital, el personal manifiesta que lo primero que haría es conversar con el personal implicado, sea un colega o no, mostrándoles el porqué y en qué fallaron. También nuestro personal investigado aduce que tratarían de hacer reconocer al personal que cometió el evento adverso que se equivocó. Esto coincide con Busso (Argentina), quien en su estudio sobre cómo reconocer y resolver los problemas y la calidad en los servicios de salud, realizado en el 2004, en Argentina, destaca que un profesional en salud está dispuesto a conversar con un colega para hacerle aceptar que es falible y se puede equivocar<sup>22</sup>.

Algunos responden que solo se limitarían a conversar más no a denunciar porque es un problema médico-legal y no se puede perjudicar al compañero de trabajo. Esto coincide con lo investigado por Bell y Holroyd en su estudio sobre la revisión de los métodos de la fiabilidad humana en los servicios de salud en el 2009, en Estados Unidos, en el que se destaca que "el profesional no notificaría el EA porque no quieren perjudicar al compañero de labores"<sup>23</sup>.

Si bien hemos evidenciado que el factor más saliente del no reporte inmediato es no perjudicar al compañero de trabajo, es conveniente destacar otros factores por los cuales el profesional de salud no notifica el EA, basándonos en lo mencionado por otros autores, en orden de importancia: por parecerle innecesario al personal, el incremento de la carga de trabajo, el miedo al castigo, olvido y probabilidad de un litigio<sup>23</sup>.

La primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente es "promover, crear y mantener una cultura de la seguridad positiva en las instituciones. La cultura de la seguridad del paciente se debe concebir como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y en el cuidado del paciente"<sup>24,25</sup>.

Mir-Abellán, Falcó-Peguerolesb y Puente-Martorell (España 2016),<sup>26</sup> en su estudio sobre las actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas, identificaron como estrategia para la prevención del control de los EA al «trabajo en equipo en la unidad/servicio» y como oportunidad de mejora la «dotación de personal». De la misma manera, el trabajo realizado por Ferreira, Fort Fort y Virginia (Uruguay, 2015)<sup>26</sup> sobre EA en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. Respecto a la categoría la dotación de personal los sujetos entrevistados expresaron que cuando ocurrió el EA era insuficiente. Las enfermeras y supervisoras coinciden en que las necesidades de personal influyen en la generación

de eventos adversos.

El personal de salud considera que se debe hacer un mejor control prenatal, evaluar la historia clínica para anticiparse al posible evento y argumenta que bajo una buena anamnesis se puede disminuir la presentación de EA. Pérez y Fernández mencionan como recomendación que los profesionales en salud deben realizar siempre una buena historia clínica, esencial para prevenir distintos EA<sup>28</sup>.

Ante la ocurrencia de un EA se tiende a culpar al profesional y pedir su sanción. Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el EA: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del EA son acciones dirigidas para garantizar una atención adecuada en salud, así como también a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento y programas para la remisión oportuna de pacientes<sup>29</sup>.

Se destaca la importancia de realizar capacitaciones constantes al personal de salud y de elaborar una buena historia clínica para prevenir posibles EA. Consideramos que es necesario e importante comunicar al personal de salud que el reporte de los EA es lo correcto.

Se ha comprobado que, para el personal de salud que participó de esta investigación, el hecho de implementar normas de reporte de EA no se encuentra dentro de sus medidas de prevención. Bañeres y Cavero, en su estudio sobre sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, realizado en España, en el 2012, destacan que contar con un sistema de reportes de eventos adversos es de suma importancia para prevenirlos. Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos revela tendencias y riesgos que requieren la atención, así como se recomienda "buenas prácticas" a seguir<sup>30</sup>.

La información proporcionada por el estudio ha facilitado un punto de partida para futuras acciones de mejora. En lo que respecta a la seguridad del paciente están involucrados los profesionales asistenciales y no asistenciales. Una limitación del presente estudio es haber contado solo el aspecto asistencial.

Los resultados aportan más evidencias cualitativas sobre las actitudes del personal de salud frente a los EA, en el modo como entienden y afrontan la presentación de los mismos y su forma de prevención. Es necesario continuar esta línea de investigación e incorporar los análisis de causa raíz para prevenir y controlar la presentación de los eventos adversos.

**Contribuciones de autoría:** Ruth A Vargas-Gonzales realizó la concepción y diseño del artículo, análisis e interpretación de datos y redacción del artículo. Además, Rosa Barrientos Reynaga y José Llontop Aponte contribuyeron en el análisis e interpretación de datos, así como en la revisión crítica del artículo.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

## V. Referencias Bibliográficas

1. Bernal D, Garzón N. *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos*. [Tesis para optar título de especialista en cuidado crítico]. Bogotá : Servicio de Publicaciones de la Javeriana, Pontificia Universidad Javeriana; 2008. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
2. Otálvaro A, Valencia M, Cardona D. Caracterización de eventos adversos en una Empresa social del estado de primer nivel en Caldas. *Hacia promoc. Salud* 2011; 16 (1):87-98.
3. Gaitán D, Eslava J, et al. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2002-2003. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; 56 (1): 18-27.
4. Aranas J, Aibar-Remon C, Ramírez- Limon R et al. Diseño del Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calid Asist.* 2011;26(3):194—200.
5. Vásquez D. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet] 2ed. Colombia; Ministerio de salud de Colombia; 2014 [consultado el 18 de abril de 2017] Recuperado de:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
6. Aguirre H, Vásquez F. El error médico, eventos adversos. *Cir Ciruj* [Internet]. 2006 [consultado el 06 de junio de 2017]; 74 (6) 495-503. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>

7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *Error es humano: Construyendo un Sistema de Salud Más Seguro*. Washington (DC): National Academies Press (USA); 2000. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226 / 9728
8. Mena P. Error médico y eventos adversos. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2008 Jun [citado 2017 Jun 07] ; 79(3): 319-326. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000300012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000300012>.
9. Vincent C, Stanhope N, Crowley M. *Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study*. *J Eval Clin Pract.* 1999;5(1):13-21
10. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. *Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study*. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:39-43
11. Martínez J. *Métodos de investigación cualitativa*. Silogismo, 2011 nro. 8 (jul-dic): 2-34
12. Wolf ZR, Hughes RG. Error Reporting and Disclosure. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2652/>
13. Imbacuan D, Yubely N. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del tambo cauca, abril – mayo [Tesis para optar título de especialista en auditoría y garantía de calidad de salud] Popayan: Repositorio Ean, Universidad EAN; 2011. Recuperado de: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria2011.pdf?sequence=1>
14. Brennan M. et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study [Internet] .2011 [citado 20 de abril de 2017]. 34(4): 70-76. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132004000400003&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132004000400003&script=sci_arttext&lng=en)
15. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente [Internet]. 2013 [citado 22 de abril de 2017]. Recuperado de: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm)
16. Bailit JL, Blanchard MH. The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. *Obstet Gynecol.* 2004;103:613-6.
17. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas Prof.* 2009; 10 (4): 20-26
18. Vilella A., Sallés M. Seguridad e infecciones nosocomiales, lavado de manos. *Calidad Asistencial* [Internet] .2011 [citado 20 de abril de 2017].24(2): 3-5. Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/81/1v00n1776a90040861pdf001.pdf>
19. Kerguelén C. Reporte y análisis de eventos adversos, la necesidad de estructurar sus relaciones [Internet] .2010 [citado 20 de abril de 2017]. 52(2): 3-5. Recuperado de: [http://www.cgh.org.co/articulos/calidad\\_reporte\\_ea.pdf](http://www.cgh.org.co/articulos/calidad_reporte_ea.pdf)
20. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust.* 2010 ;181:36-9.
21. Harper M, Helmreich R. Identifying barriers to the success of a reporting system. Rockville (MD) [Internet] .2009 [citado 20 de abril de 2017].34 (3): 3-5. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20544/>
22. Fernández N. Los eventos adversos y la calidad de atención: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *Arch. argent. pediatr.* [Internet]. 2004 Oct [citado 2017 Jun 15] ; 102( 5 ) : 402-410. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752004000500014&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500014&lng=es).
23. Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain AK, Battles JB, Munier WB et al. Adverse event reporting practices by US hospitals: results of a national survey. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:416-23
24. Davins J. et al. Visión y evolución de la seguridad del paciente en Cataluña. *Med Clin* [Internet] 2014 [citado 21 de abril de 2017] 143 (1) : 1-3. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-vision-evolucion-seguridad-del-paciente-S0025775314005491>
25. Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* [Internet] 2011 [citado 23 de abril de 2017] 20:338–343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303770>
26. Mir-Abellán B, Falcó-Pegueroles A, Puente-Martorell . Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas *Gac Sanit.* 2017;31(2):145–149
27. Ferreira A, Fort Fort Z, Virginia T . Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2015 Abr-Jun; 24(2): 310-5.
28. Perez J, Fernandez M, Tejedor J. et al. Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. *Rev Esp Anestc.* [ Internet] 2013 [citado 19 de abril de 2017] 12(2) : 4-16. Recuperado de: [http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo\\_16.pdf](http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_16.pdf)
29. Imbacuan D, Yubely N. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del tambo cauca, abril – mayo [Tesis para optar título de especialista en auditoría y garantía de calidad de salud] Popayan: Repositorio Ean, Universidad EAN; 2011. Recuperado de: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/535/anaconamaria2011.pdf?sequence=1>
30. Bañeres J, Cavero E, Lopez L, Orrego C. et al. *Sistemas De Registro Y Notificación De Incidentes Y Eventos Adversos*. Ministerio de la sanidad y Consumo. [ Internet] [citado 19 de abril de 2017] Recuperado de: [https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)