Ciencia y Educación
(L-ISSN: 2790-8402 E-ISSN: 2707-3378)
Vol. 6 No. 7
Julio del 2025

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

NURSING STRATEGIES TO REDUCE ADVERSE EVENTS IN HOSPITALIZED PATIENTS

Autores: [1]Karen Noemí España Olvera, [2]Belén Estefanía Albán Manzano, [3]Judy Sayda Solorzano Sandoval, [4]Juan Bosco Espinoza González y [5]Norma Elizabeth Figueroa Jiménez.

[1]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-6604-1946
[2]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-2198-6142
[3]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-0814-3175
[4]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0008-0869-8200
[5]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0005-2715-1487
[1]E-mail de contacto: karen.espana@iess.gob.ec
[2]E-mail de contacto: belen.alban@iess.gob.ec
[3]E-mail de contacto: judy.solorzano@iess.gob.ec
[4]E-mail de contacto: juan.espinoza@iess.gob.ec
[5]E-mail de contacto: norma.figueroa@iess.gob.ec
Afiliación: [1*2*3*4*5*]Hospital General de Quevedo, (Ecuador).
Articulo recibido: 11 de Julio del 2025
Articulo revisado: 13 de Julio del 2025
Articulo aprobado: 20 de Julio del 2025
[1]Licenciada en Enfermería. Líder del Área de Centro Obstétrico del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, (Perú). Enfermera del Departamento de Control y Vigilancia Epidemiológica del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Responsable del Programa del Control de Tuberculosis del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Responsable del Programa de Promoción de la Salud, Hospital Básico el Empalme, (Guayas). Líder del área de Emergencia, Hospital Básico el Empalme, (Guayas). Parte del Comité de Control de Calidad del Hospital Básico El Empalme, (Guayas). Enfermera responsable del Área de Cardiología del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Enfermera responsable del área de Procedimientos Endoscópicos – Gastroenterología del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Responsable del Plan de Estrategia Nacional de Inmunización del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Docente de Internado Rotativo de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, (Ecuador). Supervisora del proceso de prácticas de Enfermería Avanzada del Programa de Maestrías de la Universidad de Las Américas, (Ecuador), con 11 años de experiencia laboral en cuidado directo al paciente.
[2]Licenciada en Enfermería. Líder del área de Ginecología del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, (Ecuador). Líder del Área de Neonatología del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, (Ecuador). Líder del Área de Hospitalización Quirúrgica del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Coordinadora del Departamento de Enfermería del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Jefe de Enfermería del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Magíster en Gestión del Cuidado - mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos, con 11 años de experiencia en cuidado directo al paciente.
[3]Licenciada en Enfermería. Líder del área de Emergencia del Hospital General Quevedo (Ecuador). Líder del área de Neonatología del Hospital General Quevedo. (Ecuador). Docente de Internado Rotativo de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo (Ecuador). Enfermera de cuidado directo - Materno Neonatal y Pediátrico. Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo (Perú), con 12 años de experiencia en cuidado directo al paciente.
[4]Licenciado en Enfermería. Enfermero de cuidado directo de la Clínica de Hemodiálisis de Quevedo, (Ecuador). Enfermero de cuidado directo de la Clínica Kennedy Alborada, (Ecuador). Enfermero de cuidado directo del Hospital General Manta, (Ecuador). Líder de Quirófano General del Hospital General Quevedo, (Ecuador). Enfermero de cuidado directo - Emergencias y Desastres. Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, (Perú), con 15 años de experiencia en cuidado directo al paciente.
[5]Licenciada en Enfermería, Jefe de Enfermería Hospital del Día Dr. Bustamante - Buena Fe, (Ecuador). Enfermera de cuidado directo de Emergencia - Hospital General Quevedo, (Ecuador). Enfermera de cuidado directo del departamento de Consulta Externa - Hospital General Quevedo, (Ecuador). Enfermera de cuidado directo de Hospitalización Clínica - Hospital General Quevedo, (Ecuador), con 10 años de experiencia en cuidado directo al paciente.

Resumen

La seguridad del paciente constituye una prioridad global en los sistemas de salud, siendo los eventos adversos una de las principales causas de morbilidad evitable en pacientes hospitalizados, frente a esta realidad, el rol del profesional de enfermería se posiciona como un elemento clave en la prevención de dichos eventos mediante estrategias asistenciales y organizacionales. El objetivo del estudio plantea analizar los factores asociados a la incidencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Se empleó una metodología de revisión sistemática con enfoque cualitativo, guiada por el protocolo PRISMA. Se analizaron artículos indexados entre 2020 y 2025 en bases de datos como PubMed, SciELO, Dialnet y ScienceDirect, utilizando criterios de inclusión específicos y

aplicando una lectura crítica a los estudios seleccionados. Los resultados evidenciaron que las estrategias más efectivas incluyen programas de capacitación continua, estandarización de protocolos clínicos, promoción de una cultura de seguridad, sistemas de notificación de errores y liderazgo clínico. Se concluye que la efectividad de estas estrategias depende de su articulación con procesos institucionales y del fortalecimiento de una cultura no punitiva, que fomente la mejora continua y la seguridad centrada en el paciente.
Palabras clave: Seguridad, Enfermería, Hospitalización, Eventos, Prevención.

Abstract

Patient safety is a global priority in healthcare systems, with adverse events being one of the main causes of preventable morbidity in hospitalized patients. Given this reality, nurses play a key role in preventing such events through care and organizational strategies. The objective of this study is to analyze the factors associated with the incidence of adverse events related to patient safety. A systematic review methodology with a qualitative approach was used, guided by the PRISMA protocol. Articles indexed between 2020 and 2025 in databases such as PubMed, SciELO, Dialnet, and ScienceDirect were analyzed, using specific inclusion criteria and applying a critical reading to the selected studies. The results showed that the most effective strategies include continuous training programs, standardization of clinical protocols, promotion of a culture of safety, error reporting systems, and clinical leadership. It is concluded that the effectiveness of these strategies depends on their articulation with institutional processes and the strengthening of a non-punitive culture that promotes continuous improvement and patient-centered safety.
Keywords: Safety, Nursing, Hospitalization, Events, Prevention.

Sumário

A segurança do paciente é uma prioridade global nos sistemas de saúde, sendo os eventos adversos uma das principais causas de morbidade evitável em pacientes hospitalizados. Diante dessa realidade, o papel do profissional de enfermagem posiciona-se como um elemento-chave na prevenção desses eventos por meio de estratégias assistenciais e organizacionais. O objetivo do estudo é analisar os fatores associados à incidência de eventos adversos relacionados à segurança do paciente. Foi utilizada uma metodologia de revisão sistemática com enfoque qualitativo, orientada pelo protocolo PRISMA. Foram analisados artigos indexados entre 2020 e 2025 em bases de dados como PubMed, SciELO, Dialnet e ScienceDirect, utilizando critérios de inclusão específicos e aplicando uma leitura crítica aos estudos selecionados. Os resultados evidenciaram que as estratégias mais eficazes incluem programas de formação contínua, padronização de protocolos clínicos, promoção de uma cultura de segurança, sistemas de notificação de erros e liderança clínica. Conclui-se que a eficácia dessas estratégias depende da sua articulação com processos institucionais e do fortalecimento de uma cultura não punitiva, que promova a melhoria contínua e a segurança centrada no paciente.
Palavras-chave: Segurança, Enfermagem, Hospitalização, Eventos, Prevenção.

Introducción

La seguridad del paciente constituye actualmente uno de los pilares fundamentales de los sistemas de salud en todo el mundo, debido a la magnitud de los eventos adversos que afectan a millones de personas cada año. Según la Organización de las Naciones Unidas, (2024) aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante la atención sanitaria, lo que provoca más de tres millones de muertes anuales; en países de ingresos medios y bajos, esta cifra se eleva a 4 de cada 100 personas fallecidas por causas prevenibles. Esta realidad evidencia una crisis estructural en la gestión del riesgo clínico, con impactos que no solo comprometen la calidad de vida del paciente, sino que también repercuten de forma

significativa en los sistemas económicos, sociales y sanitarios, representando una reducción del 0,7% del crecimiento económico mundial y generando costos indirectos por varios billones de dólares estadounidenses al año (Organización Mundial de la Salud, 2020). El análisis específico de contextos nacionales y locales permite corroborar la persistencia de esta problemática. En Ecuador, por ejemplo, un estudio realizado en el Hospital Básico Jipijapa reveló que menos del 50% de los estándares de seguridad del paciente fueron cumplidos en el área de emergencia, destacando la urgente necesidad de intervención institucional (Pincay et al., 2023).

De manera similar, en Nicaragua, en el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" se reportaron 1.883 eventos relacionados con la atención sanitaria durante el periodo 2021-2022, siendo la categoría de medicación la más representativa con un 68,1% de los reportes (Aguinaga y Gutiérrez, 2024). Desde la perspectiva de la atención especializada, el análisis realizado en un hospital chileno de alta complejidad determinó que la incidencia de eventos adversos se asocia directamente con el nivel de complejidad de los pacientes y con la cultura de seguridad existente. Se observó una media de percepción de seguridad de 7,69 puntos, y una correlación negativa significativa entre la cultura de seguridad y la incidencia ajustada de eventos adversos (Flores et al., 2021). Estas cifras y hallazgos reafirman que la implementación de sistemas seguros, sostenibles y centrados en el paciente es una tarea urgente, prioritaria y aún pendiente de consolidación en muchos contextos clínicos a nivel mundial. Dado que, la seguridad del paciente representa un desafío persistente en los sistemas de salud, agravado por la ocurrencia frecuente de eventos adversos prevenibles durante la atención médica, pese a los esfuerzos institucionales y las recomendaciones internacionales, las cifras siguen siendo alarmantes. La Organización Mundial de la Salud (2020) reporta que uno de cada diez pacientes resulta dañado durante la atención sanitaria, y cuatro de cada cien fallecen por esta causa en países de ingresos medios y bajos.

Estudios en hospitales latinoamericanos han evidenciado una alta prevalencia de errores relacionados con medicamentos, caídas, infecciones intrahospitalarias y errores quirúrgicos, siendo hasta el 60% de estos evitables, esta realidad indica una deficiencia en la cultura de seguridad, las prácticas clínicas y la gestión de riesgos asistenciales (Flores et al., 2021; Aguinaga y Gutiérrez, 2024). Ante esta problemática, surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores institucionales y asistenciales que inciden en la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en servicios de hospitalización? Como objetivo general, se plantea analizar los factores asociados a la incidencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. De igual manera, los objetivos específicos son; identificar las principales categorías de eventos adversos reportados en servicios clínicos; evaluar la relación entre cultura de seguridad y frecuencia de eventos en unidades de atención especializada.

En el contexto hospitalario constituyen incidentes prevenibles o no prevenibles que causan daño al paciente como consecuencia de la atención médica, excluyendo las complicaciones derivadas del curso natural de la enfermedad o condiciones subyacentes. Según Riera et al. (2022), se trata de errores derivados de la práctica asistencial, y pueden generar desde lesiones menores hasta la muerte, con un impacto significativo en la calidad del servicio y la seguridad del paciente. La

Organización Mundial de la Salud (2020) ha reconocido a los eventos adversos como un problema de salud pública, en virtud de su elevada prevalencia y de los costos humanos y económicos asociados a su ocurrencia, ya que, el incremento en la complejidad de la atención hospitalaria ha expuesto a los pacientes a un mayor riesgo de sufrir eventos adversos, los cuales, en muchos casos, están asociados con fallas en los sistemas de gestión clínica, protocolos deficientes, comunicación inadecuada entre profesionales y debilidades en la vigilancia institucional. Un estudio observacional realizado en un hospital mexicano de tercer nivel reveló una prevalencia del 13% de eventos adversos en pacientes hospitalizados por cirugía general, con un total de 47 casos en una muestra de 352 expedientes clínicos revisados (Riera et al., 2022).

La literatura especializada coincide en que los eventos adversos pueden clasificarse en función de su origen como; aquellos relacionados con procedimientos (40%), infecciones nosocomiales (39%), errores de medicación (17%) y fallas en la identificación del paciente (4%) (Riera et al., 2022). Esta clasificación evidencia la amplia gama de situaciones clínicas donde el paciente se encuentra expuesto a potenciales daños que, en su mayoría, son prevenibles mediante intervenciones oportunas. Los eventos adversos vinculados a procedimientos quirúrgicos suelen incluir complicaciones intraoperatorias, hemorragias, infecciones o lesiones en órganos adyacentes. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), por su parte, emergen como resultado del uso de dispositivos invasivos, técnicas inadecuadas de asepsia o contaminación cruzada, afectando a una proporción importante de pacientes en unidades críticas (Sevilla y Sosa, 2023). Los errores de medicación, que comprenden omisiones, dosis incorrectas o administración de fármacos equivocados, reflejan fallos en la cadena de prescripción, transcripción, preparación o administración del medicamento. Finalmente, las deficiencias en la identificación del paciente generan situaciones en las que el tratamiento se administra a la persona equivocada, con consecuencias potencialmente graves. Las causas de los eventos adversos han sido abordadas desde una perspectiva sistémica, reconociendo que estos eventos suelen derivar de múltiples factores interrelacionados más que de errores individuales.

La metodología aplicada por Riera et al. (2022), basada en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), permitió agrupar las causas en ocho dominios: identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad en la medicación, procedimientos, infecciones, caídas, registro de eventos y cultura de la seguridad. Entre los factores estructurales más relevantes se identificaron la insuficiencia de recursos humanos capacitados, infraestructura inadecuada, deficiencias en la conservación de equipos médicos, ausencia de guías clínicas estandarizadas y limitaciones en los procesos de supervisión. Durante los turnos nocturnos, por ejemplo, se observó una baja adherencia a los procedimientos establecidos, con niveles de cumplimiento del 40% y 44% respectivamente, lo que pone en evidencia la necesidad de reforzar la vigilancia institucional continua. Los efectos de los EA pueden ser inmediatos o tardíos, físicos o psicológicos, y afectan tanto al paciente como al equipo de salud. Las consecuencias más severas incluyen discapacidad permanente, prolongación de la estancia hospitalaria, reingresos no programados, intervenciones adicionales no previstas y, en los casos más críticos, el fallecimiento del paciente.

El papel del profesional de enfermería resulta determinante en la implementación de estrategias eficaces para reducir la incidencia de eventos adversos. Las intervenciones desarrolladas en este campo se articulan en torno a la promoción de una cultura institucional de seguridad, la estandarización de procedimientos asistenciales y la educación continua del personal. La adopción de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), en particular, se erige como una herramienta estratégica para identificar brechas de seguridad y establecer prácticas correctivas en los procesos asistenciales. Entre las estrategias más eficaces se encuentran: el uso sistemático de listas de verificación para evitar omisiones en el cuidado, la verificación constante de la identidad del paciente mediante el uso de brazaletes con códigos únicos, la revisión cruzada de medicamentos previo a su administración, la vigilancia estricta de signos de infección en pacientes con dispositivos invasivos, y la implementación de registros clínicos electrónicos que favorecen la trazabilidad de las intervenciones.

Asimismo, se resalta la necesidad de promover la comunicación efectiva entre los miembros del equipo interdisciplinario, evitando ambigüedades en la transmisión de información crítica. La capacitación continua del personal de enfermería en protocolos de seguridad, técnicas de higiene de manos, control de infecciones, y detección temprana de signos clínicos de deterioro, ha demostrado ser eficaz en la reducción de eventos prevenibles (García et al., 2022). Se destacan también estrategias centradas en el paciente, como la participación activa del usuario en el control de su medicación y en la verificación del cumplimiento de procedimientos que le involucran directamente. La implementación rigurosa de estrategias de enfermería orientadas a la seguridad del paciente ha demostrado una disminución significativa en la prevalencia de eventos adversos, así como una mejora sustancial en la calidad del cuidado brindado. Los beneficios incluyen la reducción de los días de hospitalización, menores tasas de reingreso, disminución de gastos derivados de intervenciones correctivas, y un incremento en la satisfacción del paciente y su familia (Estrada et al., 2023).

Desde el punto de vista institucional, la aplicación de estas estrategias contribuye a optimizar la eficiencia de los recursos, reducir la carga laboral del personal, y fortalecer la confianza del usuario en el sistema de salud. En términos económicos, la disminución de eventos adversos representa un ahorro significativo para los sistemas de salud. Riera-Vázquez et al. (2022) estiman que los costos asociados a los EA pueden superar los $29.000 millones anuales a nivel global, siendo estas cifras comparables al funcionamiento de múltiples hospitales de mediana capacidad. En síntesis, las estrategias de enfermería para reducir eventos adversos no solo incrementan los estándares de calidad y seguridad del paciente, sino que permiten transformar la cultura institucional hacia una atención más humanizada, preventiva y eficaz. La sistematización de prácticas, el fortalecimiento de competencias clínicas y la vigilancia constante del entorno asistencial constituyen pilares fundamentales para consolidar este enfoque.

Materiales y Métodos

El tipo de estudio se trató de una revisión sistemática, entendida como un diseño metodológico que permitió compilar, evaluar críticamente y sintetizar de forma estructurada la evidencia empírica disponible sobre un tema específico (Manterola et al., 2015). Esta

estrategia metodológica se aplicó con el propósito de ofrecer una visión analítica, objetiva y rigurosa del conocimiento científico actual sobre la efectividad de las estrategias de enfermería orientadas a la reducción de eventos adversos en pacientes hospitalizados, y permitió disminuir el riesgo de sesgos de selección, interpretación o publicación y garantizó la replicabilidad y validez de los hallazgos. El propósito del estudio fue integrar y examinar de forma crítica las intervenciones enfermeras descritas en la literatura científica que han demostrado eficacia en la disminución de eventos adversos, a fin de contrastar su aplicabilidad clínica y su impacto en la mejora de la seguridad del paciente hospitalizado. Esta metodología permitió identificar prácticas basadas en la evidencia, valorar su efectividad y extraer conclusiones relevantes para el desarrollo de políticas y protocolos de enfermería en entornos clínicos institucionales.

La revisión se rigió por el protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), utilizado como marco metodológico para estructurar el proceso de revisión con estándares de calidad científica y transparencia en la selección y evaluación de la evidencia (Page et al., 2021). El protocolo PRISMA estableció una secuencia ordenada que inició con la identificación de literatura científica mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos reconocidas. Posteriormente, se aplicaron filtros y criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, con el objetivo de garantizar la relevancia y validez de los artículos seleccionados para el análisis. El proceso incluyó una fase de evaluación crítica de los estudios mediante el uso del diagrama de flujo PRISMA, lo cual permitió registrar cada etapa de la revisión y posibilitar la replicación del estudio por investigadores interesados en validar o ampliar los hallazgos. Esta guía también facilitó la documentación sistemática de los registros procesados, incluidos, excluidos y seleccionados.

La búsqueda bibliográfica se realizó en cuatro bases de datos académicas indexadas y reconocidas en el ámbito de la salud: PubMed, , ScienceDirect, Dialnet y SciELO. Estas plataformas fueron seleccionadas por su cobertura multidisciplinaria, su acceso a publicaciones revisadas por pares y su concentración de estudios clínicos, revisiones sistemáticas y estudios cuasiexperimentales en el ámbito hospitalario y de enfermería. Se delimitaron artículos publicados entre enero de 2020 a junio de 2025, en idioma español e inglés, con disponibilidad de texto completo. Para la búsqueda, se aplicaron términos controlados basados en el *Medical Subject Headings* (MeSH), organizados mediante operadores booleanos. El algoritmo utilizado fue: (“hospitalized patients”) AND (“nursing strategies” OR “nursing care” OR “nursing interventions”) AND (“adverse events” OR “patient safety” OR “medical errors”). Este patrón fue adaptado a las condiciones sintácticas de cada base de datos, manteniendo la coherencia semántica de las variables. Los criterios de inclusión aplicados fueron:

- Estudios originales que analizaran estrategias de enfermería dirigidas a reducir eventos adversos en pacientes hospitalizados.
- Publicaciones revisadas por pares con diseños experimentales, cuasiexperimentales, observacionales, revisiones sistemáticas o metaanálisis.
- Estudios desarrollados en hospitales de segundo y tercer nivel o en servicios de hospitalización general.
- Documentos que incluyeran resultados cuantitativos o cualitativos relacionados

con la frecuencia, severidad o tipología de eventos adversos.

- Artículos publicados entre enero de 2020 y julio de 2025, en español o inglés, con disponibilidad de acceso completo.

Los criterios de exclusión aplicados fueron:

- Estudios centrados exclusivamente en áreas no hospitalarias (como atención ambulatoria o domiciliaria).
- Publicaciones sin revisión por pares, como cartas al editor, comentarios, tesis no publicadas, libros o capítulos.
- Documentos sin resultados relacionados con estrategias específicas de enfermería o que abordaran únicamente acciones de tipo administrativo.
- Estudios sin acceso a texto completo o sin metodología definida.
- Artículos duplicados entre bases de datos.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo de enero del 2020 a junio del 2025, para garantizar la rigurosidad en la identificación de estudios relevantes, se aplicaron filtros en cada base de datos, limitando por año de publicación (2020–2025), idioma (español o inglés) y disponibilidad de texto completo. Posteriormente, se eliminaron los registros duplicados mediante el gestor bibliográfico Mendeley. La criba continuó con la lectura de títulos y resúmenes para excluir artículos que no cumplían los criterios temáticos o metodológicos. Luego de esta primera fase, se procedió a la lectura completa de los artículos potencialmente elegibles, aplicando de manera estricta los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Con el fin de minimizar el sesgo de selección, se llevó a cabo una doble lectura independiente de los textos por parte de dos revisores. En los casos donde se presentaron discrepancias, estas se resolvieron mediante consenso o con la participación de un tercer evaluador experto. Todas las etapas del proceso de selección fueron documentadas y representadas en el flujograma PRISMA, lo que permitió registrar de forma detallada la cantidad de artículos identificados, excluidos y seleccionados por base de datos y justificar cada decisión de inclusión o descarte. La evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos se realizó mediante la lista de verificación ampliada del protocolo PRISMA 2020, compuesta por 27 ítems que abordan aspectos fundamentales como la claridad del protocolo, la transparencia en la búsqueda, la selección sistemática de estudios, la evaluación del riesgo de sesgo y la consistencia en la presentación de los resultados (PRISMA, 2020).

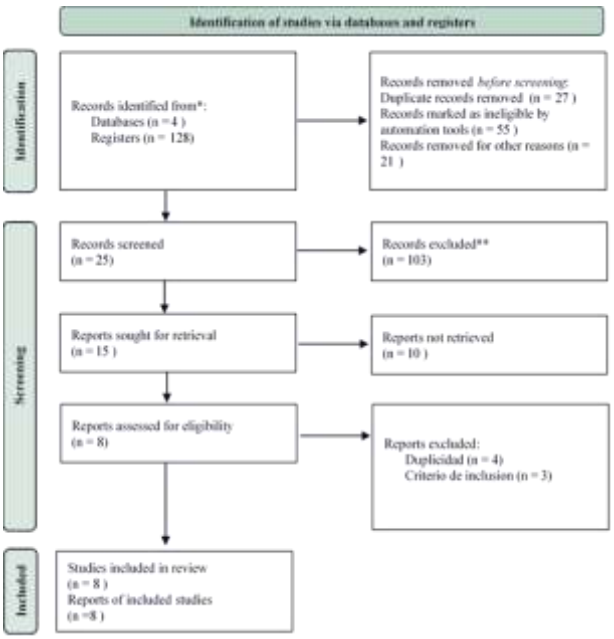

Figura 1: *Diagrama de Flujo - PRISMA*

Cada artículo fue sometido a una revisión crítica independiente, con énfasis en los elementos metodológicos clave, tales como la delimitación precisa de la población objetivo, la descripción clara de las intervenciones de enfermería y la validez interna de los instrumentos de medición utilizados. Los estudios que no cumplieron con

los estándares de calidad metodológica, carecían de análisis de resultados o no incluían indicadores medibles fueron excluidos del análisis final. Este proceso garantizó la integridad de la revisión, la fiabilidad de los hallazgos y su relevancia para el contexto hospitalario.

Resultados y Discusión

El análisis de los hallazgos permite interpretar que la ocurrencia de eventos adversos en servicios hospitalarios no se origina de un solo factor, sino de la interacción dinámica entre estructuras organizativas, condiciones asistenciales y sistemas de vigilancia de calidad. (ver tabla 1):

Tabla 1. *Eventos adversos en servicios hospitalarios y estrategias de control*

Autor y año	Institucionales y asistenciales que inciden en eventos adversos	Control de la seguridad del paciente en hospitalización de mediana y alta complejidad	Categorías de eventos adversos reportados	Relación entre cultura de seguridad y frecuencia de eventos
(Cadillo et al., 2024)	Entre las causas institucionales identificadas destacan la falta de sistemas integrados de reporte, débil liderazgo clínico y mínima participación gerencial. En el ámbito asistencial, los eventos adversos se relacionaron con duplicidad de funciones, supervisión deficiente y escasa adherencia a protocolos.	Se destaca la implementación de programas educativos y auditorías internas como herramientas de control. Se incorporaron capacitaciones periódicas y revisión estructurada de historias clínicas.	Errores en la administración de fármacos, infecciones relacionadas con dispositivos, caídas accidentales y retrasos en la atención médica.	Se demuestra que una cultura de seguridad sólida fomenta el reporte espontáneo, incrementa la conciencia del riesgo y mejora las decisiones clínicas.
(Julio et al., 2023)	Las barreras institucionales incluyeron capacitación insuficiente, protocolos desactualizados y falta de soporte tecnológico. Asistencialmente, se registraron errores por inexperiencia, fallas en la comunicación y fatiga laboral.	El estudio resalta el papel de la educación continua y la implementación de guías clínicas estandarizadas para monitorear el riesgo en unidades críticas.	Lesiones por presión, errores en medicación y caídas, fueron las principales categorías detectadas.	Se concluye que la ausencia de cultura preventiva incrementa significativamente la incidencia de eventos adversos y disminuye la eficacia de las estrategias de mitigación.
(Aguinaga & Gutiérrez, 2024)	Las causas institucionales comprenden deficiencias en la supervisión clínica, falta de protocolos transversales y ausencia de auditoría continua. En el ámbito asistencial, se reportaron prácticas clínicas inseguras, deficiente registro de intervenciones y administración inadecuada de terapias complejas.	La vigilancia activa de incidentes críticos mediante sistemas de notificación internos permitió disminuir complicaciones en servicios quirúrgicos y emergencias.	Destacan errores de medicación, infecciones del sitio quirúrgico, caídas intrahospitalarias y lesiones derivadas del uso de catéteres o dispositivos mal asegurados.	El estudio evidenció que el fortalecimiento de la cultura del reporte sin represalias incrementa la detección oportuna de eventos adversos y reduce la reincidencia, sobre todo en áreas de alta rotación como cirugía.
(De Hoyos et al., 2023)	A nivel institucional se identificaron sistemas de gestión fragmentados, liderazgo clínico ausente y estructuras rígidas. En lo asistencial, la sobrecarga laboral, inadecuada coordinación en turnos y baja adherencia a prácticas seguras se relacionaron directamente con los eventos adversos.	Se documentó la efectividad de aplicar programas de evaluación continua del desempeño enfermero mediante auditorías mensuales y supervisión formativa.	Los eventos adversos más frecuentes fueron errores de transcripción, negligencias en la vigilancia postoperatoria, desconexiones accidentales de dispositivos y omisiones en la administración de dosis críticas.	Se estableció que los equipos con cultura proactiva y comunicación horizontal redujeron los eventos críticos durante guardias extendidas.
(Flores et al., 2021)	Las limitaciones institucionales abarcan escasa inversión en tecnologías de seguridad, débil planificación estratégica y pobre motivación del talento humano. En lo asistencial, la baja capacitación en gestión de riesgos y desarticulación entre profesionales incrementaron los errores.	Se promovieron acciones integradas de enfermería como la checklist preprocedimiento, rondas clínicas de verificación y comités de revisión de casos críticos.	Infecciones urinarias asociadas a sondajes prolongados, duplicidad de órdenes médicas, errores en transfusiones y deterioro clínico no detectado tempranamente.	La instauración de una cultura de seguridad institucional aumentó la participación en la identificación de riesgos latentes, favoreciendo la prevención efectiva de incidentes clínicos.
(Sarduy et al., 2023)	Fueron institucionales la desarticulación entre unidades de soporte y clínicas, limitada interoperabilidad de datos y escaso liderazgo transformacional. En lo asistencial, se identificaron errores por omisión, registros incompletos y baja adherencia a guías clínicas.	Se implementaron planes de mejora continua con enfoque en equipos interdisciplinarios, auditoría de historias clínicas y simulaciones clínicas preventivas.	Los eventos recurrentes fueron infecciones asociadas a dispositivos invasivos, administración errónea de insulina, aspiración bronquial y fallos en la monitorización post anestesia.	El desarrollo de una cultura centrada en el paciente, basada en aprendizaje organizacional, se relacionó con mayor capacidad resolutiva ante eventos adversos, especialmente en UCI.
(Guamán et al., 2025)	A nivel institucional se reportaron limitaciones en la supervisión continua, protocolos obsoletos y escasa participación del personal en procesos de mejora. Asistencialmente, se evidenciaron prácticas clínicas inestables, ausencias de doble chequeo y administración errónea de soluciones endovenosas.	El uso de sistemas de doble verificación electrónica y control de procesos redujo la incidencia de errores críticos en unidades médicas complejas.	Errores de prescripción, contaminación cruzada, desconexiones accidentales de ventilación y fallos en la toma de signos vitales críticos.	El fortalecimiento de valores organizacionales compartidos y la capacitación constante promovieron una cultura institucional que redujo los eventos adversos severos en servicios quirúrgicos.
(Fonseca & López, 2024)	Se observaron deficiencias institucionales como ausencia de equipos de mejora continua, registros fragmentados y débil seguimiento a indicadores de calidad. A nivel asistencial, predominó la omisión de técnicas estériles, vigilancia inconstante y pobre uso de herramientas clínicas de apoyo.	El estudio promovió la integración de enfermería en los comités de seguridad clínica y la realización de capacitaciones basadas en eventos adversos reales.	Fallas en el cálculo de dosis pediátricas, errores de identificación del paciente, lesiones cutáneas por inmovilidad y omisión de controles postquirúrgicos.	La institucionalización de espacios de diálogo clínico favoreció la apertura al reporte de errores, disminuyendo eventos repetitivos y favoreciendo prácticas seguras sostenibles.

Fuente: elaboración propia

La lectura transversal de los estudios muestra que la fragmentación de los procesos institucionales, junto con debilidades estructurales en el liderazgo clínico, tiende a generar entornos donde las fallas se acumulan sin detección temprana, esta situación se agrava en unidades de alta complejidad, donde la rapidez en la toma de decisiones y la presión asistencial aumentan la exposición a incidentes. Uno de los elementos emergentes es la necesidad de repensar el rol de la enfermería como eje articulador de los procesos de seguridad, cuando las prácticas de cuidado son sistematizadas y validadas mediante herramientas como listas de verificación, dobles chequeos o rondas de verificación interprofesional, se produce una disminución tangible de los eventos adversos. La enfermería no solo ejecuta procedimientos, sino que asume la función de vigilancia proactiva de los factores de riesgo clínico, proponiendo ajustes basados en evidencia. Otro aspecto relevante es el giro hacia una cultura del aprendizaje y no del castigo, los contextos institucionales que promueven el análisis colectivo de fallos, sin generar represalias, tienden a consolidar mejores prácticas, esta cultura transformacional permite incorporar el error como fuente de mejora continua. La clave interpretativa reside en comprender que no basta con protocolos escritos, sino que se requiere una integración genuina entre formación técnica, análisis crítico de procesos y compromiso institucional, especialmente en unidades con alta variabilidad clínica. El abordaje de los eventos adversos desde una visión sistémica y participativa permite avanzar hacia modelos de atención más seguros, sostenibles y centrados en el paciente.

Tabla 2. *Estrategias para reducir eventos adversos*

Autor y año	Estrategias aplicadas para reducir los eventos adversos en pacientes hospitalizados	Propuesta para mejorar la efectividad de las estrategias
(Cadillo et al., 2024)	Se implementaron estrategias educativas multidisciplinarias dirigidas a fortalecer la cultura de seguridad en los equipos de salud, mediante sesiones de capacitación técnica, evaluación de riesgos clínicos y retroalimentación continua, lo cual permitió una disminución significativa en la frecuencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados.	Se propone incorporar simulaciones clínicas avanzadas como parte del entrenamiento rutinario del personal, con el fin de reproducir escenarios críticos y fomentar una toma de decisiones efectiva y oportuna que garantice una atención hospitalaria más segura y centrada en el paciente.
(Julio et al., 2023)	Se desarrollaron programas de educación continua para enfermería centrados en la prevención de errores de medicación y el uso seguro de tecnologías asistenciales, incluyendo protocolos de doble verificación y sesiones de revisión de casos adversos en comités clínicos.	La mejora podría incluir plataformas digitales interactivas que permitan retroalimentación automática en tiempo real, integradas a los sistemas de gestión hospitalaria para detectar desviaciones clínicas antes de que generen eventos adversos.
(Aguinaga & Gutiérrez, 2024)	Se integraron protocolos de vigilancia activa mediante listas de chequeo estandarizadas, monitoreo de signos de alerta tempranos y notificación inmediata de eventos. También se incorporó la revisión cruzada de prácticas asistenciales por pares.	Como refuerzo se sugiere el uso de inteligencia artificial (IA) para el análisis predictivo de datos clínicos, permitiendo anticipar eventos adversos con base en patrones previos y ajustar protocolos en tiempo real.
(De Hoyos et al., 2023)	Se documentó la aplicación de auditorías clínicas internas enfocadas en evaluar la adherencia a guías de buenas prácticas, especialmente en áreas de administración de medicamentos, transfusiones y cirugía segura.	Sería beneficioso incorporar herramientas digitales de autoevaluación, dashboards interactivos y reportes automáticos que permitan al equipo de enfermería monitorear indicadores clave de seguridad clínica con frecuencia semanal.
(Flores et al., 2021)	Se impulsó la formación en higiene de manos, uso correcto de elementos de protección personal y control de infecciones nosocomiales mediante campañas hospitalarias periódicas y formación por competencias en escenarios simulados.	Se recomienda establecer unidades de control de calidad exclusivas para la supervisión continua de prácticas higiénicas y la trazabilidad de infecciones asociadas a la atención en salud en tiempo real.
(Sarduy et al., 2023)	Fueron desarrollados planes de mejora continua con el apoyo de comités de calidad interdisciplinarios que revisan eventos adversos por categorías y plantean acciones preventivas trimestrales.	La incorporación de sistemas de gestión de calidad automatizados permitiría acelerar la identificación de áreas críticas e implementar soluciones inmediatas basadas en evidencia científica.
(Guamán et al., 2025)	El uso de sistemas de doble verificación electrónica y control de registros clínicos fue parte de la estrategia institucional para reducir errores de medicación, desconexiones y omisiones en la atención.	Se sugiere la integración de sensores clínicos inteligentes para verificar automáticamente la administración de medicamentos y alertar en caso de discrepancias antes de que ocurran daños al paciente.
(Fonseca & López, 2024)	El estudio promovió la integración del equipo de enfermería en los comités de análisis de eventos adversos y en la toma de decisiones clínicas sobre la gestión del riesgo asistencial.	La institucionalización de espacios de diálogo clínico permanente y jornadas interprofesionales contribuiría al fortalecimiento de la corresponsabilidad en la cultura de seguridad.

Fuente: elaboración propia

Las propuestas de mejora para reducir eventos adversos en pacientes hospitalizados revelan una orientación estratégica fundamentada en la formación continua, la estandarización de procesos y la implementación de sistemas de reporte. Una de las medidas más consistentes es la necesidad de reforzar las competencias del personal a través de capacitaciones estructuradas, apoyadas en recursos digitales y metodologías activas inciden favorablemente en el manejo seguro del paciente. Por otra parte, la creación de una cultura organizacional centrada en la seguridad constituye un pilar esencial, ya que la percepción positiva de la cultura de seguridad del paciente incrementa la notificación de errores y la adherencia a protocolos, generando cambios sostenibles en las unidades clínicas. Esto se refuerza con la implementación de estrategias multifactoriales debe integrarse con la evaluación periódica del clima organizacional mediante instrumentos estandarizados como el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS).

En términos operativos, la estructuración de sistemas de vigilancia activa y reporte voluntario de eventos adversos se consolida como un mecanismo crucial, este sistema permite identificar riesgos latentes y establecer medidas preventivas en tiempo real, disminuyendo la recurrencia de errores clínicos. Estas propuestas, en su conjunto, sustentan un modelo integrador que articula la capacitación, la cultura organizacional y la gestión de riesgos como ejes fundamentales para la prevención efectiva de eventos adversos, sustentadas en evidencia empírica rigurosa. La interacción entre estos elementos no solo mejora la calidad de la atención, sino que también promueve la seguridad como principio rector en los servicios de hospitalización.

Conclusiones

Las estrategias de enfermería aplicadas en contextos hospitalarios para reducir eventos adversos constituyen un componente crítico en la consolidación de sistemas sanitarios seguros, resilientes y sostenibles. A partir del análisis de múltiples estudios, se infiere que la efectividad de dichas estrategias no reside únicamente en su implementación aislada, sino en la capacidad del sistema hospitalario para integrarlas dentro de una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente. Este enfoque integrador exige que las prácticas clínicas estén respaldadas por procesos institucionales sistematizados, marcos normativos estables y una formación continua que trascienda lo operativo, impactando la toma de decisiones éticas y clínicas del personal de enfermería. Las evidencias permiten concluir que la sostenibilidad de las estrategias depende en gran medida de la apropiación crítica de los procesos por parte de los equipos de salud, esta apropiación no puede generarse únicamente mediante intervenciones unidireccionales o formativas tradicionales, sino a través de metodologías participativas, auditorías clínicas transparentes, evaluación continua de competencias y liderazgo transformacional en los servicios asistenciales. Las enfermeras no solo deben ser receptoras de protocolos, sino agentes de cambio con capacidad reflexiva sobre sus prácticas y autonomía profesional en entornos complejos. En consecuencia, se reconoce la necesidad de evolucionar de un enfoque correctivo hacia uno proactivo y preventivo, donde los eventos adversos no se analicen como errores individuales sino como fallos sistémicos con raíces organizacionales, comunicacionales y estructurales, ello implica avanzar hacia una cultura no punitiva, que promueva la notificación segura, la retroalimentación constructiva y la co-creación de soluciones clínicas. La construcción de dicha

cultura exige el involucramiento real de todos los niveles de gestión hospitalaria, desde los niveles operativos hasta la alta dirección, favoreciendo una gobernanza sanitaria centrada en el cuidado y la calidad.Finalmente, se concluye que las estrategias de enfermería, cuando están respaldadas por una cultura de seguridad madura y un enfoque interprofesional, tienen el potencial no solo de disminuir la ocurrencia de eventos adversos, sino de transformar estructuralmente la atención hospitalaria, ubicando al paciente como eje del sistema y al equipo de enfermería como catalizador de una atención segura, humana y basada en evidencia.

Referencias Bibliográficas

Aguinaga, F., & Gutiérrez, S. (2024). Eventos relacionados con la atención del paciente en el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" de Nicaragua Events. *Revista Científica Esteli, 13(51), 53–70.* https://doi.org/10.5377/esteli.v13i51.19001

Cadillo, P., Costa, R., & Arcaya, M. (2024). Estrategias para garantizar la seguridad del paciente crítico. *Enfermeria Global, 23(1), 528–540.* https://doi.org/10.6018/eglobal.579091

De Hoyos, F., Expósito, M., Díaz, D., & Salazar, Y. (2023). Incidencia de eventos adversos prevenibles en servicios de hospitalización de una clínica de la ciudad de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte, 39(3), 1000–1016.* https://doi.org/10.14482/sun.39.03.620.112

Estrada, K., Gaitán, H., & Eslava, J. (2023). La seguridad del paciente como problema de salud pública. *Colombian Journal of Anesthesiology, 52(2), 1–11.* https://doi.org/10.5554/22562087.e1096

Flores, E., Godoy, J., Burgos, F., & Salas, C. (2021). Association Between Adverse Events in Nursing Care, Safety Culture and Patient Complexity in a Chilean Hospital. *Ciencia y Enfermería, 27(27), 1–13.* https://doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027

Fonseca, Y., & López, G. (2024). Errores de medicación como elementos de la seguridad en el paciente: factores contributivos y estrategias de prevención por el profesional de enfermería. *Revista Científica Ciencias de La Salud, 6, 01–14.* https://doi.org/10.53732/rccsalud/2024.e6148

García, M., Merino, P., & Aranaz, J. (2022). Herramientas para fomentar la seguridad en pacientes críticos. *Enfermería Intensiva, 33, S56–S65.* https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.07.001

Guamán, J., Arandi, K., & Quilumba, C. (2025). Prácticas seguras administrativas y asistenciales para la reducción de eventos adversos en el paciente: revisión sistemática. *Innova Science Journal, 3(2), 96–109.* https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/n2/57

Julio, D., Nascimento, T., Silva, F., Fortunato, L., Ferrerira, L., & Galdino, V. (2023). Estrategias educativas para la prevención de incidentes en unidades intensivas. *Enfermería Global, 22(1), 535–588.* https://doi.org/10.6018/eglobal.517971

Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., & Claros, N. (2015). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española, 91(3), 149–155.* https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.009

Organización de las Naciones Unidas. (2024). Seguridad del Paciente. Datos y Cifras. https://doi.org/10.1136/bmj.l4185.3.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Prestación de servicios de salud de calidad. In Oms. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2020.

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Lin, T., Loder, E., Mayo, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Revista Española de Cardiología, 74(9), 790–799.* https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016

Pincay, M., Parrales, I., Parrales, I., & Robles, J. (2023). Acciones de mejora en la seguridad de pacientes de emergencia. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida, 7(7), 64–75.*

Prisma. (2020). Elementos de Reporte Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis. https://www.prisma-statement.org/

Riera, N., Gutiérrez, G., Reyes, H., Pavón, P., Gogeascoechea, M., & Muños, J. (2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research, 37(4), 239–246.* https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.003

Sarduy, M., Mora, Y., Sarduy, A., & Fernández, Y. (2023). Percepción de enfermería sobre la notificación de eventos adversos en cuidados intensivos pediátricos. *Revista Cubana de Enfermería, 39, 1–16.* https://orcid.org/0000-0001-7666-7846

Sevilla, F., & Sosa, M. (2023). Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Esmeraldas sur Delfina Torres de Concha. Adverse. *Revista Más Vita, 5(4), 78–89.* https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0213

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Karen Noemí España Olvera, Belén Estefanía Albán Manzano, Judy Sayda Solorzano Sandoval, Juan Bosco Espinoza González y Norma Elizabeth Figueroa Jiménez.