

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

<https://doi.org/10.35381/s.v.v9i1.4690>

## **Factores relacionados al error humano del personal de enfermería en la seguridad del paciente crítico**

### **Factors related to human error by nursing staff in critical patient safety**

Cecilia Margarita González-Neira

[ceciliamgn39@uniandes.edu.ec](mailto:ceciliamgn39@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua  
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0002-2779-8545>

Adisnay Rodríguez-Plascencia

[ua.adisnayrodriguez@uniandes.edu.ec](mailto:ua.adisnayrodriguez@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-0306-458X>

Ariel José Romero-Fernández

[ua.arielromero@uniandes.edu.ec](mailto:ua.arielromero@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1464-2587>

Recibido: 15 de abril 2025  
Revisado: 15 de mayo 2025  
Aprobado: 15 de julio 2025  
Publicado: 01 de agosto 2025

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar factores de riesgo relacionados con el error humano en la seguridad del paciente, aplicando el modelo del queso suizo en el Servicio de Emergencia área de paciente crítico del Hospital Yerovi Mackuart, Salcedo. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo-correlacional. Participaron 17 profesionales de enfermería. Se emplearon encuesta estructurada y observación; los datos se procesaron en Google Forms y se analizaron temáticamente para distinguir fallas activas y condiciones latentes. **Resultados:** Se evidenció una aproximación sistémica al error humano. Las fallas activas incluyeron omisiones y errores en prácticas seguras; las condiciones latentes comprendieron deficiencias en comunicación interprofesional, trabajo en equipo insuficiente, dotación inadecuada, debilidades normativas y ausencia de recursos materiales. **Conclusión:** Estos factores interfieren en la atención y aumentan el riesgo de daño.

**Descriptor:** Errores médicos; Seguridad del paciente; Servicios de urgencias. (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To identify risk factors related to human error in patient safety, applying the Swiss cheese model in the Emergency Department critical care area of Yerovi Mackuart Hospital, Salcedo. **Method:** Qualitative descriptive-correlational study. Seventeen nursing professionals participated. A structured survey and observation were used; the data were processed in Google Forms and analyzed thematically to distinguish active failures and latent conditions. **Results:** A systemic approach to human error was evident. Active failures included omissions and errors in safe practices; latent conditions included deficiencies in interprofessional communication, insufficient teamwork, inadequate staffing, regulatory weaknesses, and lack of material resources. **Conclusion:** These factors interfere with care and increase the risk of harm.

**Descriptors:** Medical errors; Patient safety; Emergency services. (Source: DeCS).

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

## **INTRODUCCIÓN**

Los sistemas de salud tienen una alta complejidad que propende al ser humano a cometer errores, más aún en las unidades de cuidados críticos, donde la dinámica de atención tiende a desarrollarse en un ambiente lleno de situaciones que pueden ser consideradas estresantes, razón por la cual se debe prestar atención al producirse un error en la atención de pacientes críticos, a la vez conlleva a la búsqueda de entender y someter a estudio las razones que lo generaron y formular estrategias de mejora. Para mejorar la calidad de los cuidados, el equipo de salud necesita tratar este tema como prioridad, pues promover la cultura de seguridad es un elemento-clave para estimular la comunicación de errores en las organizaciones de salud <sup>1</sup>, en respuesta, a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) quien reconoció la necesidad de desarrollar normas que garanticen la calidad de la atención y la Seguridad del Paciente <sup>2</sup>.

El error humano interfiere directamente en la seguridad del paciente, y los cuidados en el ámbito crítico deben ser reducidos a un mínimo aceptable de riesgo de daño innecesario, así lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>3</sup>. El error o incidente también puede ser comprendido como un evento o circunstancia que podría haber generado o generó daño innecesario al paciente, como consecuencia o no de actos intencionales. Cuando no afecta al paciente o es detectado antes, puede ser llamado cuasi evento (casi error). Cuando el alcance no causa daños discernibles, es llamado evento adverso sin daño. Y cuando resulta en daño discernible, incidente con daño o evento centinela <sup>4</sup>.

El evento adverso centinela es la forma más simple de reconocer el error cuantitativamente, pues causa daños directos, siendo más fácilmente identificado. En las distintas revisiones científicas existen pocas informaciones sobre errores en la seguridad que no causaron daños a su paciente, y que no han sido reportados por considerarlos parte de la atención cotidiana.

Este estudio tiene como objetivos identificar los errores de la atención de enfermería en terapia intensiva y analizarlos según la teoría del error humano de James Reason <sup>5</sup>. La

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

vida y la salud es un bien que se debe cuidarlo, para lo cual es mejor prevenir posibles eventos adversos en la atención, actuando a tiempo, corrigiendo errores y sobre todo aprendiendo de ellos, contribuyendo de esta manera a crear un clima de seguridad, a través del mejoramiento de la calidad en la atención en salud.

A pesar de los avances alcanzados en lo relacionado a Seguridad del paciente, en muchos países se siguen obteniendo resultados, que reflejan un grado de afectación, es así como España según un estudio de la Universidad Católica de Murcia en el 2019, sostiene que la labor de enfermería es crucial para la supervivencia y recuperación de los pacientes, indica que la seguridad del paciente se ha convertido en un reto cultural en áreas críticas, demostró que al dotar un enfermero por 4 pacientes se reduce la mortalidad en un 7%, al mismo tiempo disminución de reingresos, y tiempo durante la estancia hospitalaria, en relación a mayor carga horaria y asignación de pacientes se incrementa el riesgo de muerte en un 4%.

Las condiciones especiales de los pacientes que ingresan en las UCI, los hace especialmente vulnerables desde el punto de vista fisiológico y psicológico, requiriendo cuidados intensivos de alta calidad, y humanismo que permitan revertir la situación clínica que enfrentan, habilidades específicas, destrezas y competencias fundamentadas en niveles profesionales elevados, monitorizar a los pacientes y valorar los cambios en el estatus de salud para prevenir el desarrollo de complicaciones, con el aporte de equipamiento de alta tecnología alcanzado en los últimos años <sup>6</sup>.

Las enfermeras intensivistas constituyen el grupo más importante dentro del equipo de salud, quienes brindan cuidados guiados por valores éticos y morales, entendiéndose como arte y ciencia, no puede desarrollarse sin estos principios <sup>7</sup>. En este sentido, la protección de los derechos de los pacientes, su integridad y seguridad forma parte de las responsabilidades de Enfermería <sup>8</sup>.

Los riesgos de eventos adversos y fracasos ocasionados por errores en el personal de enfermería pueden ocurrir en cualquier área de las instituciones de salud, debido a

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

diversos factores como la propia gravedad y la complejidad de su condición, sin embargo, adquieren particular importancia en pacientes críticos, donde el ambiente de cuidado de salud es de alto riesgo y es a menudo necesario que sea intensivo y más sofisticado, y se proporcione rápidamente, involucrando múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso frecuente de fármacos con graves efectos secundarios, equipamiento y personas, en donde se producen un gran volumen de información, debido a la condición severa de los mismos. El cuidado se desenvuelve en situaciones estresantes, al relacionarse directamente a situaciones de vida o muerte <sup>10</sup>. En donde es importante el trabajo en equipo, clima de seguridad y satisfacción de las actividades realizadas.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de instaurar la cultura de Seguridad del paciente y reconocerlo como prioridad sanitaria, debido a que los eventos adversos causan muerte o discapacidad de pacientes en el mundo, en tal virtud, el proyecto de seguridad se convierte en el pilar fundamental en la atención sanitaria <sup>11</sup>. Sin embargo, estudios han demostrado que aproximadamente el 20 % de las muertes ocurren durante o poco después de la admisión en estos servicios, lo que representa que alrededor de 500 000 pacientes mueren en las UCI cada año a pesar de los múltiples esfuerzos que desarrollan los equipos médicos y de enfermería. En definitiva, a nivel internacional es preocupante las cifras que se dan a conocer sobre eventos adversos y su prevalencia durante el cuidado directo de pacientes, es así como en 2002 la Asamblea Mundial de la Salud, aprueba la necesidad de abordar la temática por todos los países, y hacia el año 2004 la Asamblea de la OMS, apoya la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, liderando la estrategia a nivel mundial, cuya misión es coordinar, difundir, acelerar mejoras y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente entre los estados miembros de la OMS <sup>12</sup>.

En las UCI, la tecnología nos pone en situaciones y dilemas muchas veces difíciles, porque nos ayuda a mantener al paciente con vida, pero no nos da la certeza de que va

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

a salir salvo. En la actualidad se hace uso de equipos tecnológicos de punta, reconocida como tecnología dura, ejemplo la ventilación mecánica, bombas de infusión que monitorizan en forma continua el estado hemodinámico del paciente, se propone distintos protocolos, directrices y procesos, conocidos como tecnología blanda-dura y la tecnología blanda que nos orienta sobre la forma como debemos cuidar al valorar las relaciones y los procesos de comunicación. No podemos fijar nuestra meta en el uso tan solo de la tecnología, puesto que restringe o limita las relaciones interpersonales, la comunicación, reduce el contacto, el afecto, la acogida, el vínculo con el personal y el establecimiento<sup>13</sup>.

Cabe destacar los errores relacionados con los dispositivos y equipos médicos sofisticados y de alta gama, que se ponen a disposición en las unidades de cuidados críticos, generan preocupación constante en el personal debido a los efectos adversos que pueden ocasionar ya sea por el ritmo rápido de cambio, la falta de equipos estandarizados que aumentan la probabilidad de incurrir en errores en la programación, además los problemas con las alarmas clínicas, relacionados con disminución del volumen, la desconexión pueden conducir a la falta de identificación de complicaciones o retardo en el establecimiento de conductas terapéuticas rápidas encaminadas a corregir la emergencia<sup>14</sup>.

Ante la problemática descrita, el personal de enfermería ha visto la necesidad de optar por la aplicación del conocimiento derivado de la tecnología blanda dura basada en protocolos, procesos y procedimientos, entre otros, para garantizar la seguridad del paciente<sup>15</sup>.

La presente investigación se realiza con el objetivo de identificar los factores relacionados al error humano en la Seguridad del Paciente Crítico por parte del Personal de Enfermería en la Sala de Emergencia del Hospital Básico Yerovi Mackuart.

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

## **MÉTODO**

La metodología de investigación es cualitativo, descriptivo y de tipo correlacional, las personas encuestadas fueron profesionales de Enfermería del Hospital Básico Yerovi Mackuart-Salcedo. Para la recolección de los datos se utilizó Google Forms, y el software SPSS para el análisis de los datos recopilados. El cuestionario diseñado incluyó 6 preguntas de orden sociodemográfico, 4 de generalidades, 18 ítems sobre trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, orientadas a seguridad del paciente con tres posibles respuestas según escala de (Siempre – A veces – Nunca), que nos permitirán determinar los factores relacionados al error humano en la seguridad del paciente. Es de corte transversal, con un diseño no experimental y correlacional entre las variables de estudio, para establecer su relación en la atención del paciente crítico. Instituir, además si el error humano puede afectar la seguridad del paciente, o estos actúan de forma independiente, finalmente se determinará el nivel de correlación entre las variables.

La población estará conformada por 17 enfermeros que pertenecen al área de emergencia del Hospital Básico Yerovi Makuart de la ciudad de Salcedo, en el periodo de Junio - Julio 2022, es importante indicar que no se tomara muestra puesto que se pretende realizar el estudio con el total de la población, además deberán cumplir los siguientes criterios: serán incluidos los enfermeros que presenten 6 meses de antigüedad en el servicio, enfermeros con rotación fija y secuencial, y aquellos que acepten participar del estudio. Además serán excluidos de la investigación los enfermeros que se encuentren en reemplazo o no se encuentren en la recogida de datos, y el personal que no acepte cooperar en el estudio.

## **RESULTADOS**

En la problemática es necesario considerar que los hospitales son unidades complejas por el hecho de estar habilitadas las 24 horas del día, los siete días de la semana, sumado al hecho de que cada paciente requiere una atención individualizada para cada patología

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

<sup>16</sup>. Investigaciones señalan que los eventos adversos que suceden en la atención médica están relacionados con la falta de apego a procedimientos establecidos por los hospitales, en donde se presentan el 57.7% de los eventos adversos <sup>17</sup>.

Un modelo para deliberar sobre los fracasos de la seguridad, es el propuesto por James Reason quien definió el modelo del queso suizo para explicar la presentación de accidentes o pérdidas a partir de errores humanos <sup>5</sup>. Según este modelo, el error humano no es el factor que provoca los accidentes, sino, por el contrario, la consecuencia de una multiplicidad de deficiencias más profundas del sistema, que deben ser rastreadas en tiempo y espacio alejados del evento. La presencia de agujeros en una rebanada normalmente no causa malos resultados. El efecto adverso sólo puede ocurrir cuando muchas capas se alinean momentáneamente permitiendo la trayectoria de la oportunidad de un accidente <sup>17</sup>. Las Fallas Activas son los actos inseguros realizados por personas que se encuentran en los diferentes procesos o en contacto directo con el cliente, y fallas latentes definidas como acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo <sup>18</sup>.

La OMS alude que el problema de seguridad del paciente está plasmado en el profesional de la salud, sin embargo, es humano y, por ende, puede equivocarse, es así como el error puede poner en riesgo la vida del paciente. Otro dato revela que 1 de cada 10 pacientes ha sufrido algún tipo de daño mientras recibe atención de enfermería en la hospitalización, de estos al menos el 50% de las situaciones el evento se considera que se pudo prevenir, determinando así que los eventos adversos están considerados como las 10 primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo, siendo los más perjudiciales aquellos relacionados con el diagnóstico y la administración de medicamentos. Datos recientes demuestran que cada año se producen 134 millones de eventos adversos por falta de seguridad en la atención recibida en hospitales de los países de ingresos bajos, al menos 2.6 millones de los eventos adversos resultan ser mortales <sup>18</sup>, sin contar las pérdidas salariales y de productividad ni los costos de atención

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

sanitaria. Invertir en seguridad del paciente puede conseguirse ahorros significativos y mejores resultados para los pacientes <sup>19</sup>.

En el caso de Ecuador, se disponen de escasos datos para identificar la incidencia y la prevalencia de los eventos adversos, sin embargo existen barreras que se plantean pueden reducir el riesgo de daño al paciente a través de la implementación de la cultura de seguridad del paciente <sup>19</sup>, la cual estaría conformada por diferentes factores tales como: las acciones de la dirección, la mejora continua, el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la retroalimentación sobre los errores, la respuesta no punitiva ante el error, el apoyo de la dirección y el liderazgo éticos <sup>20</sup>.

## **Encuesta sobre error humano en la Seguridad del Paciente crítico en el Servicio de Emergencia del HBYM**

### ***Datos Sociodemográficos***

En el presente estudio participaron 17 miembros de equipo de enfermería, siendo 14 enfermeros correspondientes al 82.35% y 3 auxiliares de enfermería representados por un 17.65%, trabajan en turnos rotativos de 24 horas el 76.5%, y el 23.5% desempeñan labores en turnos fijos. Con relación a género, 94.15% pertenecen al género femenino y 5.85% a masculino. El rango de edad varió de 20 a 59 años, donde el 41.2% corresponde al rango mayoritario de 30 a 39 años. Respecto al tiempo de experiencia profesional, muestra que el 29.4% tienen experiencia entre 10 – 14 años y 29.5% más de 15 años de labores en cuidado directo. En lo referente a preparación profesional el 70.6% son licenciadas en enfermería, 23.5% tiene maestrías, y 5.9% son auxiliares en enfermería.

### ***Trabajo en equipo***

Las preguntas, relacionadas al apoyo mutuo del personal de enfermería en la unidad y trabajo en equipo, se evidencia que el 58.8%, solamente a veces se cuenta con el apoyo entre el personal para el desarrollo de actividades propias del cuidado, el 64.7% indican que A VECES, encuentran ayuda en sus compañeros cuando esta sobrecargado de

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

trabajo y el 53.1% afirman que nunca hay personal de sustitución eventual, además, el 58.8% aseguran que a veces se realiza el trabajo bajo presión, y se compromete la seguridad del paciente. Se comprueba así, que la ausencia de trabajo en equipo es un factor que define la ocurrencia de un evento adverso, debido a la falta de asignación de responsabilidades, la supervisión y definición de actividades <sup>16</sup>.

### ***Formación y aprendizaje***

Las preguntas relacionadas a Formación y Aprendizaje, el 52.9% de los encuestados manifiestan que A VECES se fomenta la capacitación continua para mejorar la seguridad del paciente, El 47.1% indican que son seguros los procedimientos en la administración de medicación, y medicamentos de alto riesgo, el 47.1% refieren que ante la detección de fallos en la seguridad del paciente y la introducción de cambios para corregir los mismos, siempre se toman medidas correctivas, pero que el 47.04%, sólo a veces se realiza un seguimiento para evaluar su efectividad. Sin embargo se puede observar que hay deficiencia en el cálculo de dosis, diluciones y velocidad de infusión. La falta de ayuda en la toma de decisiones constituye otro factor determinante en la ocurrencia de un evento adverso por ejemplo, que no exista acceso a personal con mayor experiencia. Es relevante destacar en primer plano la formación y el aprendizaje del personal de enfermería, los cuales están relacionados con las competencias, conocimientos, habilidades y experiencia, para actuar con eficiencia en circunstancias de emergencias.

### ***Factor individual***

Los encuestados indican que cuando se informa de un efecto adverso, siempre se siente que se juzga a la persona y no el problema, situación que determina sentimientos de temor e inseguridad en el personal de enfermería, el 41.2% manifiestan que nunca los errores se tratan de manera apropiada en la unidad, y el 53% refieren que nunca se notifica cuando se comete un error, pero se detecta y se corrige antes de afectar al

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

paciente, como la carga física y mental del personal de salud que provoca saturación y fatiga, y puede determinar un evento inseguro en la atención del paciente <sup>16</sup>.

### **Comunicación**

En las preguntas relacionadas a la Comunicación, 58.8% del personal de enfermería indican que A VECES se informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que se han notificado, y el 47.1% manifiesta que A VECES existe una comunicación hostil entre los miembros del equipo de trabajo, el personal siente temor o recelo de hacer preguntas cuando hay imprecisión en las prescripciones médicas y diagnóstico. Asimismo, la comunicación se ve afectada cuando la información está incompleta, letra ilegible, no actualizada, llega tarde, esta confusa, aplican diferente terminología, abreviaturas etcétera.

### **Recursos Materiales**

Los encuestados indican que: A VECES el coche de paro cuenta con medicación necesaria, equipos e insumos para la estabilización hemodinámica del paciente crítico, el 64.68% exponen que A VECES los servicios del Hospital como: Rx. Laboratorio, Farmacia, Estadística, se coordinan entre ellos, sin embargo, el 41.2% de los encuestados indican que SIEMPRE la Dirección del Hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso, y muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. Cabe recalcar que la falta de medicamentos, dispositivos médicos, error en la selección de ellos, así como la integridad de los equipos, afecta la seguridad del paciente crítico, pues, la atención de emergencia se resume en los primeros minutos de oro para salvar la vida o evitar posibles secuelas.

A continuación en la tabla 1 se muestra la validación de los resultados.

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

**Tabla 1.**  
Validación.

|         | <b>Trabajo en Equipo</b> | <b>Formación y Aprendizaje</b> | <b>Factor Individual</b> | <b>Liderazgo</b> | <b>Comunicación</b> | <b>Recursos Materiales</b> |
|---------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| Siempre | 30.95%                   | 37.87%                         | 37.27%                   | 15.30%           | 19.10%              | 32.48%                     |
| A veces | 60.28%                   | 44.50%                         | 29.40%                   | 47.42%           | 42.65%              | 55.76%                     |
| Nunca   | 8.77%                    | 17.63%                         | 33.33%                   | 37.28%           | 38.25%              | 11.76%                     |

**Elaboración:** Los autores.

## **DISCUSIÓN**

En el estudio realizado en el Hospital Yerovi Mackuart de la ciudad de Salcedo, se puede observar que los encuestados responden a la mayoría de preguntas como A VECES, lo que permite establecer que el error humano interfiere en la atención de enfermería y recuperación de los pacientes. Es evidente que se brinda una atención limitada y posiblemente sujeta a fallo, poniendo en riesgo la vida de los pacientes.

Se consideró la teoría del error humano desde el Modelo del Queso Suizo <sup>5</sup>, en donde las fallas activas se relacionan con los errores del personal de enfermería en la seguridad del paciente como: higiene de manos, identificación correcta del paciente, administración y verificación de medicamentos de alto riesgo, profilaxis de trombo embolismo venoso, prevención de úlceras de presión, prevención de caídas, practicas quirúrgicas seguras, notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, entre otras. Las condiciones latentes son representadas por factores ligados a la tarea, la comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario, la información sobre el paciente, el trabajo en equipo, falta de normas y rutinas institucionales, falta de recursos materiales, insumos, falta de mantenimiento de equipos o dispositivos, liderazgo, y recursos humanos <sup>17</sup>.

Los datos socio-demográficos de la unidad Hospitalaria investigada, demuestran que el 94.12% del personal de enfermería, laboran en turnos rotativos de 24 horas, la mayoría

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

de profesionales tienen tercer nivel de preparación, correspondiente al 64.7%, y con experiencia entre 10 – 14 años quienes se encuentran capacitados en el cuidado y atención de pacientes con diferentes patologías <sup>16</sup>, se encargan de valorar en forma integral sus necesidades, aplicando técnicas y procedimientos para promover y restaurar la salud, prevenir enfermedades asociadas, y aliviar el sufrimiento. Es importante destacar que solo 3 profesionales tienen maestría, teniendo en cuenta que ante los avances científico técnicos a los que nos enfrentamos día a día en el ámbito de la salud, es fundamental que los profesionales sanitarios, actualicen y complementen su formación académica con el objetivo de poder ofertar cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica.

En la investigación se demuestra múltiples razones por los cuales se puede generar un evento adverso, entre los cuales consideramos los siguientes factores:

1. Trabajo en equipo y disponibilidad de recursos humanos. Los encuestados responden que A VECES se brinda apoyo mutuo entre personal de enfermería, y se trabaja en equipo cuando esta sobrecargado de trabajo, el trabajo se realiza bajo presión, y se compromete la seguridad del paciente, debido a que no hay personal de sustitución eventual demostrando así una carga laboral. Es vital que en los servicios de enfermería se disponga de personal suficiente que cubra situaciones de contingencia como ausencias, reparto de carga de trabajo, cambios de turno, rotación de plantilla, asignación de tareas a personal no capacitado o sin experiencia, evidenciando así la situación precaria de los servicios de salud en nuestro país, misma que puede ocasionar un evento inseguro en la atención del paciente debido a la carga física y mental por la falta de personal <sup>19</sup>.
2. Formación y Aprendizaje. Los encuestados indican que las prácticas seguras como, administración de medicamentos, y manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo, los procedimientos son seguros y efectivos para la prevención de errores, sin embargo, se pudo observar que sí registran falencias en lo relacionado

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

a dosis, diluciones y velocidad de infusión, ante lo cual manifiestan que A VECES reciben capacitación orientadas a mejorar la Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta que la capacitación, es la piedra angular de la disciplina, es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos, que ayudan a prevenir y reducir los riesgos, errores y daños en los pacientes durante la prestación de cuidados sanitarios, es importante pues, rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir así lo afirma el Ministerio de sanidad y política social <sup>20</sup>, refieren también, que cuando se detectan fallos en la seguridad del paciente, se toman medidas correctivas, pero que sólo a veces se realiza un seguimiento para evaluar su efectividad, que permita efectuar el análisis de los procedimientos y alcanzar la garantía de calidad <sup>20</sup>.

3. Factor Individual. Los encuestados indican además que, cuando se informa de un efecto adverso, siempre se siente que se juzga a la persona y no el problema, situación que determina sentimientos de temor e inseguridad en el personal de enfermería <sup>18</sup>, convirtiéndose en un factor individual del profesional de la salud que provoca un riesgo de daño al paciente, es importante que se analice la causa que produjo el efecto adverso, como una complicación involuntaria durante la atención de salud, se corrija, y se evite emitir acusaciones al profesional.
4. La comunicación. Es un factor determinante en el error de la seguridad del paciente, es así como los encuestados refieren que A VECES existe una comunicación hostil entre los miembros del equipo de trabajo, el personal tiene temor o recelo de hacer preguntas cuando hay imprecisión en el diagnóstico y prescripciones clínicas, debido a la falta de confianza en el personal de turno, y al acceso a especialistas o a personal con mayor experiencia <sup>18</sup>, cabe recalcar que en un equipo de trabajo la comunicación es esencial para generar un entorno que impulse un rendimiento excelente, es importante eliminar las barreras de comunicación mejorar la confianza, y las relaciones humanas <sup>20</sup>.

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

5. Un factor de riesgo en la seguridad del paciente es la actitud y aptitud del líder de enfermería, el personal encuestado manifiesta que: A VECES realiza comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos, no realiza reuniones, A VECES fomenta el trabajo en equipo, cuando la presión de trabajo aumenta, A VECES, define las funciones, responsabilidades, y compromiso tanto de enfermeras como de Personal Auxiliar de enfermería. La opinión reflejada en las respuestas de los encuestados determina que el líder de enfermería no prioriza las necesidades del servicio, ni canaliza los recursos hacia iniciativas de seguridad importantes, puesto que no socializa la problemática ni convoca a reuniones en donde se pueda realizar un debate para la construcción de guías, procedimientos, y procesos que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente <sup>17</sup>.
6. En lo referente a las garantías que ofrece la Unidad Hospitalaria para la Seguridad del Paciente, el personal de Enfermería estima que el hospital ofrece una mediana seguridad al paciente que acude al servicio de emergencia debido a la provisión incompleta de medicamentos e insumos médicos, que afectan la atención oportuna y eficaz del paciente crítico e incrementa posibles complicaciones y secuelas, así lo confirma Denkins <sup>16</sup>. La atención en salud que se presta de manera insegura da como resultado el aumento de la mortalidad y la morbilidad evitables, además del aumento en el gasto, lo cual al final impacta en la eficacia y eficiencia de los servicios de salud <sup>20</sup>.

## **CONCLUSIONES**

El presente estudio permitió conocer los principales factores que determinan el error humano en la seguridad del paciente por parte del personal de enfermería que labora en turnos rotativos de 24 horas, en el Servicio de emergencia del Hospital Yerovi Mackuart de la ciudad de Salcedo, siendo las causas más comunes aquellos asociados al sistema

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

institucional, como trabajo en equipo, comunicación entre el equipo multidisciplinario, escaso liderazgo, stock limitado de insumos y medicamentos, y falta de normas y rutinas institucionales.

A través de la teoría del error humano se puede entender que los errores identificados no ocurren aisladamente sino que se complementan, es primordial destacar que en las incidencias de las prácticas inseguras se encuentran involucrados directamente la institución como el personal de enfermería. Sin embargo, se debe evitar señalar culpables sino conocer y reconocer el error, tratándolo adecuadamente y estimulado la adopción de medidas preventivas, además de instaurar cultura de seguridad.

Entre las limitaciones, se destaca la dificultad para realizar las entrevistas, debido a la sobrecarga de trabajo y el número reducido de profesionales en el escenario de estudio. Los resultados de la investigación se relacionan a la realidad en que se desenvuelve la atención cotidiana, por parte del personal de enfermería en la sala de emergencia, siendo importante que sea replicada en otras instituciones, y se corrijan errores. Es fundamental considerar que el personal de enfermería labora en turnos rotativos de 24 horas, determinando una mayor carga de trabajo para los enfermeros, lo que propicia omisiones y repeticiones, que causan eventos adversos que inciden en la seguridad del paciente.

## **CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## **FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Regional Autónoma de Los Andes por el apoyo institucional en el desarrollo de esta investigación.

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

## REFERENCIAS

1. Duarte S, Quiroz A, Machado S, Azevedo A, Buscher A, Andrade M. El error humano en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva. *Latino-Am Enfermagern*. 2015;23(6):1074-1080. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>
2. Ministerio de Salud Pública. Manual de Seguridad del Paciente - Usuario. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud - MSP. 2016;1(1):5-18. <https://n9.cl/pj6dn>
3. Ledesma Y, Casanova M. Fundamentos teórico-metodológicos sobre gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería al paciente crítico. *Rev. Ciencias Médicas*. 2019;23(5):772-786. <https://n9.cl/iwynq4>
4. Porteta M, Bugarin R, Rodríguez M. Error humano, seguridad del paciente, y formación en medicina. *Edumed*. 2019;20:169-174. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027>
5. Vitolo F. Factores Humanos y seguridad del paciente. NOBLE Cía. de Seguros. 2021;1:1-47. <https://n9.cl/iblc9q>
6. Calle Y. ¿Cómo mejorar la seguridad del paciente en una UCIP? *Rev. Esp. Pediatr*. 2016;72:92-96. [www.secip.com](http://www.secip.com)
7. Gutiérrez M, Noreña I, Gómez D. Cultura punitiva en seguridad del paciente. *Rev. Cient. Hallazgos 21*. 2021;6(2):236-259. <https://n9.cl/x1dlm>
8. Martínez A, Hueso C, Gálvez M. Fortalezas y Amenazas en torno a la seguridad del paciente, según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagern*. 2018;18(3):26-39. <https://doi.org/10.1590/50104-11602010000300007>
9. Paredes F, López P, Lázaro E, Marín P. Impacto en la seguridad del paciente del pase de guardia a pie de cama en cuidados intensivos. Revisión sistemática. *Rev. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2022;45(2):e0996. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0996>
10. Mora J, Fuentes C, Suarez B. El rol de la enfermera en pacientes críticos. *Rev. Cienciamatria*. 2021;7(1):2-10. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i1.560>

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

11. González L, Morales L, Peñuela R. Estrategia para la implementación de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería. [Tesis en Auditoria de Salud]. Universidad Santo Tomas; 2018. <https://n9.cl/f75t2>
12. Quispe A. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la Cultura de Seguridad del Paciente del personal de salud de la clínica Divino Niño Jesús. [Maestría en Ciencias; Universidad Norbert Wiener].; 2020. <https://n9.cl/wqvvi>
13. Cruz L. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras, en el servicio de cuidados intensivos. [Unidad de segunda especialidad]. Universidad San Agustín de Arequipa; 2020. <https://n9.cl/rw6ld>
14. Gallegos A. Factores internos que influyen en el personal de salud, para la seguridad del paciente en hospitales privados en el área metropolitana de Monterrey. [Doctorado en Filosofía con especialidad en Administración]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021. <https://n9.cl/bxscx>
15. Córdova A. Adherencia del personal de enfermería a la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una IPS. [Especialización en Auditoria en Salud]. Universidad Santiago de Cali; 2020. <https://n9.cl/50tao>
16. Organización mundial de la salud. Seguridad del paciente: prioridad sanitaria. 72° Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), 28 de mayo de 2019. <https://n9.cl/6sigx>
17. OMS. Asamblea mundial de la salud, Seguridad del paciente: medidas mundiales de seguridad del paciente. 2019. <https://n9.cl/79fs6>
18. Romera J. Casualidad del error humano en los accidentes laborales. Queso Suizo. Dial net. 2022;43:10-18. <https://n9.cl/z20z0>
19. Anualiza E, Rodríguez G. Isoapariencia y el método del queso suizo, un factor de riesgo durante la práctica profesional en enfermería. Ciencia Latina. 2022;6. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i1.1630](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1630)
20. Ávila M, Mora D, Rivera F, Ceballos Paula. Aplicación de modelos y teorías en unidades de cuidados críticos: una revisión de la literatura. Benessere. 2019;4. <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2305>

Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**

Volumen 9. Número 1. Año 9. Edición Especial. 2025

Hecho el depósito de Ley: FA2016000010

ISSN: 2610-8038

FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).

Santa Ana de Coro, Venezuela.

Cecilia Margarita González-Neira; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)