

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PERCEPCIONES DE ENFERMERÍA

PATIENT SAFETY IN INTENSIVE CARE: A DESCRIPTIVE STUDY OF NURSING PERCEPTIONS

Johana Elizabeth Chariguaman Chimbo

Enfermera

Magíster en Gestión del Cuidado

Enfermera del Hospital San Francisco Latacunga Ecuador

Docente del Instituto Superior Universitario Compu Sur. Latacunga, Ecuador

johanachariguaman@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5297-3376>

Judith Francisco-Pérez

Enfermera

Dra. en Tecnología Instruccional y Educación a Distancia

Magíster en Salud Digital. Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador.

judithfrancisco@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5602-5942>

Artículo recibido el 04 de abril de 2024. Aceptado en versión corregida el 29 de octubre de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La seguridad del paciente es un desafío importante para la calidad de la atención en pacientes críticos debido a la complejidad de las condiciones médicas de los pacientes, el uso de tecnología avanzada y la atención altamente especializada en el área.

OBJETIVO. Conocer la percepción con respecto a la seguridad del paciente, que tienen los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 12 profesionales de Enfermería de una UCI. La información se recolectó durante septiembre - octubre 2023, recopilada a través grabaciones en audio y posteriormente transcrita en *Word* para el respectivo análisis mediante el software Atlas Ti versión demo 23.

RESULTADOS. Los resultados del estudio reflejan que, según las percepciones de los profesionales de enfermería, la seguridad del paciente en UCI se refuerza a través de la aplicación de protocolos de seguridad, el trabajo en equipo y acciones preventivas como el

Seguridad del paciente en cuidados intensivos. Estudio descriptivo de las percepciones...

control de infecciones y las prácticas. Sin embargo, señalan desafíos, como limitaciones de infraestructura, dotación de personal inadecuada y barreras relacionadas con la comunicación y la cultura de seguridad, que destacan la necesidad de realizar mejoras continuas. **CONCLUSIONES.** Los participantes en el estudio expresaron perciben la importancia de la seguridad del paciente. Sin embargo, enfrentan desafíos como barreras culturales, estructurales y de gestión, subrayando la urgencia de adoptar estrategias de mejora continua específicas para entornos críticos.

Palabras clave: Seguridad del paciente; cuidado crítico; cuidado de enfermería.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Patient safety is an important challenge in providing quality of care in critical patients due to the complexity of patients' medical conditions, the use of advanced technology and highly specialized care in the area. **OBJECTIVE.** To determine the perception of patient safety held by nursing professionals in the Intensive Care Unit (ICU) of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital in Ecuador. **METHODS.** A descriptive study with a qualitative approach was carried out. The sampling was non-probabilistic by convenience. A semi-structured interview was applied to 12 ICU nursing professionals. The information was collected during September-October 2023, documented through audio recordings, and subsequently transcribed into Word for the respective analysis using Atlas Ti software demo version 23. **RESULTS.** Based on the perceptions of nursing professionals, the results of the study reflect that patient safety in the ICU is reinforced through the application of safety protocols, teamwork, and preventive actions such as infection control and other practices. However, they point out that challenges such as infrastructure limitations, inadequate staffing, and barriers related to communication and safety highlight the need for continuous improvement. **CONCLUSIONS.** Study participants acknowledged the importance of patient safety. However, they also face challenges such as cultural, structural and managerial barriers which underline the urgency of adopting continuous improvement strategies specific to critical environments.

Keywords: Patient safety; critical care; nursing care.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.3.3.992-1010

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión crucial de la calidad de la atención sanitaria que implica el conocimiento, prevención y corrección de riesgos de eventos adversos evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica⁽¹⁾. A pesar de los

esfuerzos realizados a nivel global, muchos pacientes hospitalizados continúan sufriendo eventos adversos derivados de la atención que reciben⁽²⁻⁴⁾. El impacto de estos eventos no solo afecta a los pacientes, sino que también se extiende a sus familiares, los profesionales

de la salud y las instituciones, generando complicaciones de salud y aumento de los costos económicos para los involucrados ⁽⁵⁾. Además, la inseguridad en la atención provoca dolor y sufrimiento innecesarios y evitables.

Según la OMS, anualmente se producen en hospitales de países de ingresos medios y bajos del mundo, 134 millones de eventos adversos suscitados por la atención insegura ⁽⁶⁾. De estos eventos, se calcula que 2.6 millones desencadenan en la muerte del paciente, por lo cual representan una de las 10 primeras causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial ⁽⁶⁾.

Un estudio previo realizado por Rosendo et al., determinó que, un tercio de los eventos adversos ocurridos en una institución de salud causaron lesiones o complicaciones, mientras que la totalidad fueron evitables ⁽⁷⁾. En todo caso, estos eventos afectan de forma negativa la calidad de los servicios ofrecidos, el bienestar y la recuperación oportuna de los pacientes.

En el mismo sentido, la investigación realizada por Rosendo et al., en un hospital de referencia de enfermedades infectocontagiosas Nordeste de Brasil ⁽⁸⁾, se señala que el error en la identificación del paciente interfiere con la atención sanitaria, aumentando la ocurrencia de eventos adversos, sufrimiento, secuelas, y por ende la falta de confianza del paciente y de su familia. Por esta razón, es importante la identificación del paciente como medida para garantizar un tratamiento y cuidado oportuno durante la recuperación.

Algunos de los eventos adversos están asociadas a la gravedad y

vulnerabilidad de los pacientes ⁽⁹⁾. Asimismo, con la comunicación ineficaz entre profesionales durante el cambio de turno, pues se comparte información inexacta que ocasiona errores y retrasos en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, reduciendo la seguridad y la calidad de la atención ^(4,7,9).

En algunas ocasiones los profesionales no informan los errores a los superiores por temor a ser estigmatizados como incompetentes, ser castigados o enjuiciados por el error cometido ⁽¹⁰⁾. En estos casos la gravedad de las consecuencias es mayor al no permitir la implementación de correctivos en el tratamiento que limiten el daño causado.

La seguridad del paciente está vinculada en muchos casos con errores en la administración de medicamentos. Específicamente, en la prescripción, dosificación, frecuencia, vía de administración, transcripción, etiquetado y reconstitución incorrecta de los fármacos ⁽¹¹⁾. De hecho, cada año ocurren 450.000 errores en la prescripción, en la dilución y dispensación de farmacia, identificación incorrecta del paciente y por distracciones durante la administración ⁽¹²⁾.

Con respecto a las vías de administración, la probabilidad de cometer al menos un error en la preparación y colocación de medicación intravenosa es del 73% por lo tanto, el cumplimiento de tratamiento por esta vía tiene mayores riesgos y severidad de error en comparación con otras ⁽¹³⁾.

Los errores de medicación en los pacientes de cuidados intensivos están asociados a una incidencia de dos a cinco veces mayor de eventos adversos y mortalidad que en otros pacientes

hospitalizados, debido al estado crítico y a la variedad y alto riesgo de los fármacos administrados ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Además, la carga laboral provoca cansancio, bajo rendimiento, estrés e insatisfacción en el profesional, que causan problemas de comunicación y aumentan el riesgo de cometer errores al administrar los medicamentos ⁽¹³⁻¹⁶⁾. Estos errores representan una amenaza para el derecho fundamental de las personas a recibir una atención segura y de calidad y agregan costos intangibles para la persona hospitalizada, asociados con mayor sufrimiento, dolor y tiempos de hospitalización.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) adquiridas durante la permanencia hospitalaria son una amenaza para la seguridad de los pacientes y prolongan los días de internación, por lo tanto, suponen una carga financiera para los sistemas sanitarios ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Además, comprometen la gestión del cuidado al incrementar la propagación de microorganismos multirresistentes que causan daños severos a la salud ⁽¹⁹⁾.

Los pacientes en las unidades de cuidados intensivos son más propensos a adquirir una IAAS debido a su vulnerabilidad, inmunosupresión y los procedimientos y dispositivos invasivos que se utilizan en su atención ⁽²⁰⁾. De hecho, la presencia de catéteres de vía central produce infecciones del torrente sanguíneo, los catéteres vesicales causan infecciones del tracto urinario, y el ventilador mecánico está asociado a neumonías por microorganismos multirresistentes, que dan lugar a una alta

tasa de infecciones adquiridas en estas unidades críticas ⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Las enfermedades nosocomiales son las principales causas de morbilidad y mortalidad, debido a una baja adherencia a la práctica de higiene de manos, provocando una atención insegura en el paciente ⁽²²⁾. La problemática sobre la higiene de manos en los servicios de urgencias es relevante debido a los procedimientos invasivos que realizan con frecuencia en el área ⁽²³⁾.

A pesar del conocimiento suficiente sobre el correcto lavado de manos, diversos estudios han identificado una actitud negativa de los profesionales de enfermería hacia la práctica correcta de la higiene de manos ⁽²⁴⁻³⁵⁾. También, la sobrecarga de trabajo influye en la correcta práctica de higienización de manos antes y después de cada paciente, provocando inseguridad y riesgo de infecciones nosocomiales ⁽²⁶⁾. Además, la infraestructura inadecuada de lavado de manos y camas insuficientes en UCI, provoca inseguridad en la atención sanitaria ⁽²⁷⁾.

Por otra parte, las lesiones por presión (LPP) representan un problema epidemiológico y sociosanitario de primer orden a nivel mundial que a su vez repercute en el aumento de la carga laboral para los enfermeros, debido a los cuidados especiales que deben proporcionar ⁽²⁸⁾. En muchos casos, las medidas de prevención usadas por estos profesionales resultan ineficaces, ocasionando que hasta un tercio de los pacientes con riesgo desarrollen LPP ⁽²⁸⁻³¹⁾.

Las LPP suelen aparecer en pacientes críticos durante su estancia en la

UCI⁽³²⁾. Están asociadas en muchos casos con el cizallamiento causado por los dispositivos conectados al paciente⁽³³⁾. Asimismo, se vinculan con otros factores como la inmovilidad, la sedación, la administración de vasopresores, la ventilación mecánica, la inestabilidad hemodinámica, el estado nutricional y las comorbilidades⁽³⁴⁾.

Cuando el personal de enfermería toma conciencia de la importancia que tiene la cultura de la seguridad del paciente, debe modificar sus actitudes, mejorar sus relaciones con el equipo de trabajo y propiciar ambientes más seguros para el paciente. De igual modo, favorecer la notificación inmediata de eventos adversos, el análisis constructivo de estos eventos y la implementación oportuna de acciones de mejora.

En este sentido, la presente investigación tuvo como objetivo conocer la percepción con respecto a la seguridad del paciente, que tienen los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

METODOLOGÍA

Se trató de una metodología con diseño fundamentalmente cualitativo, por ser útil en los estudios que analizan percepciones de los informantes⁽³⁵⁾. La población estuvo conformada por 15 enfermeras/os de la UCI del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, ubicado en la Provincia Bolívar, Cantón Guaranda, en Ecuador. La selección de las/os participantes se realizó con un método de elección a conveniencia mediado por la decisión de las personas a participar.

El estudio contó con la participación de 12 profesionales de enfermería, quienes proporcionaron la información entre septiembre y octubre del 2023. Fue aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (código EO-147-2023), y se obtuvo el permiso del hospital para su realización.

Una vez obtenida la autorización para la aplicación del proyecto, la investigadora principal recolectó la información mediante entrevistas semiestructuradas. Las preguntas abordaron temas clave como la administración segura de medicamentos, la higiene de manos, la prevención de lesiones por presión, y la comunicación entre profesionales de enfermería, enfocándose en identificar fortalezas, debilidades y barreras relacionadas con la seguridad del paciente en UCI.

El guion de esta entrevista fue elaborado en función de las prácticas de seguridad identificadas en la revisión bibliográfica. Así, se definieron dos categorías con sus respectivas expresiones anclas, tomando como referencia, el método de análisis de contenido de Phillip Mayring⁽³⁶⁾. Las dos categorías preestablecidas incluyeron las percepciones de los profesionales sobre las fortalezas y las debilidades de la seguridad del paciente.

El guion contenía un enunciado introductorio e indicaciones para la entrevistadora y entrevistados. Su estructura fue revisada por dos docentes de enfermería con maestría en el campo y 10 años de experiencia clínica en UCI.

Dentro de los criterios de inclusión

se consideró a profesionales de enfermería con más de un año de experiencia trabajando en la UCI del hospital y que aceptaran participar de manera voluntaria mediante firma del consentimiento informado. Igualmente se incluyó a todas las modalidades de contrato y turnos de trabajo.

Las entrevistas se realizaron en la sala de capacitación del hospital, un espacio privado que permitió la realización del proceso, sin interrupciones y de manera confidencial, estando presente únicamente la investigadora principal y la persona entrevistada. La duración de las entrevistas osciló entre 40 y 60 minutos. La información recopilada fue grabada en audios y posteriormente transcrita en Word para el respectivo análisis mediante el software Atlas. Ti versión demo 23.

El contenido transcrito fue devuelto a los informantes para que hicieran comentarios o correcciones en caso de que lo consideraran necesario. En ese sentido, todos los contenidos fueron validados por los informantes.

Luego de transcribir las entrevistas se realizó un contacto primario con la información (organización, clasificación), se preparó el documento, se realizó el análisis (construcción, denominación y definición de categorías de primer y segundo orden y creación de redes) y por último la interpretación analítica (descripción de hallazgos o teorización).

Se utilizó un sistema de codificación (P1, P2, P3, etc.) para anonimizar las respuestas de los participantes, preservando su confidencialidad y cumpliendo con los principios éticos de la investigación científica con seres humanos.

RESULTADOS

Los participantes en el estudio presentaron las siguientes características sociodemográficas: la edad oscilaba entre los 25 y 45 años, siendo el 70% mujeres y el 30% hombres. El 92% de los participantes estaban casados, mientras que el 8% eran solteros. Todos los participantes trabajaban en turnos rotativos. En cuanto a la experiencia laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el 10% contaba con un año de experiencia, el 48% con cuatro años, y el 42% tenía siete años o más en este ámbito. Con relación a su formación académica, el 75% poseía un título de licenciatura y el 25% contaba con estudios de maestría.

A partir de los datos recopilados se obtuvieron 17 códigos, agrupados en las dos categorías preestablecidas de primer nivel y siete categorías emergentes de segundo nivel.

El árbol se construyó de la siguiente manera:

A partir de las respuestas de los entrevistados se identificaron categorías de segundo nivel con el propósito de sistematizar los códigos relacionados con las fortalezas y debilidades de la seguridad del paciente. Esto facilitó la extracción de información relevante y la identificación de conexiones entre dichos códigos, a partir de lo cual emergieron subcategorías o categorías de segundo nivel. Además, permitió visualizar una estructura jerárquica, desde las categorías de primer, pasando por las categorías de segundo nivel hasta los códigos.

Por otra parte, este proceso facilitó la organización clara de las diversas expresiones referidas a las fortalezas y

debilidades de la seguridad del paciente. Asimismo, permitió la navegación y la comprensión de los datos por parte de las investigadoras, agrupando conceptos relacionados.

En la tabla 1 se muestra que dentro de la categoría “Fortalezas de la seguridad del paciente” emergieron tres categorías de segundo nivel denominadas: a) Valoración de la seguridad del paciente, b) Aplicación de normativas, y c) Acciones de prevención. La primera destaca la importancia crítica de mantener prácticas seguras en el manejo de medicamentos y la atención de pacientes, especialmente en UCI.

Dentro de la subcategoría Valoración de la seguridad del paciente se identifican tres códigos separados: administración segura de medicamentos, importancia de la seguridad del paciente en UCI, y trabajo en equipo. El código de administración segura de medicamentos incluyó el uso de procedimientos estandarizados y herramientas, como bombas de infusión, para evitar errores de medicación y complicaciones. El código de la importancia de la seguridad del paciente en UCI refleja el compromiso de los profesionales con las normativas que buscan garantizar cuidados seguros y prevenir eventos adversos. Finalmente, el código de trabajo en equipo resalta su valor para favorecer la comunicación efectiva y la colaboración entre profesionales para detectar y manejar

eventos adversos.

La subcategoría Aplicación de normativas para la seguridad del paciente revela que los profesionales reconocen el uso de manillas de identificación para garantizar la correcta administración de tratamientos y la realización de procedimientos, especialmente en pacientes no conscientes. También identificaron la aplicación de protocolos como escalas de Morse, medidas preventivas de caídas, y la adherencia a los procedimientos establecidos para minimizar riesgos a los pacientes. Además, algunos profesionales perciben la importancia de reportar y documentar incidentes; sin embargo, para otros, el miedo a ser sancionados o la sensación de incompetencia podrían limitar su disposición a realizar estos reportes, lo que dificulta el aprendizaje y la implementación de mejoras en las prácticas de seguridad.

La tercera subcategoría, denominada Acciones de prevención, recoge medidas individuales y colectivas para crear un entorno más seguro en UCI y prevenir incidentes. Por ejemplo, la prevención de caídas mediante estrategias como señalización de riesgo y medidas de sujeción, la prevención de infecciones a través de prácticas de control y medidas asépticas y, la prevención de lesiones por presión, aplicando el cambio frecuente de posición del paciente, masajes, e hidratación de la piel, entre otras prácticas.

Tabla 1. Percepciones de los profesionales de enfermería acerca de las fortalezas de la seguridad del paciente en UCI

SUB CATEGORÍAS	CÓDIGOS	EXPRESIONES
Valoración de la seguridad del paciente	Administración segura de medicamentos	<i>Es importante aplicar los 15 correctos, nosotros tenemos un lugar donde preparamos la medicación, nos colocamos los guantes, la bata y cuidamos las normas de bioseguridad. (P2) Usamos la bomba de infusión para pasar la medicación en el tiempo exacto y evitar complicaciones. (P3)</i>
	Importancia de la seguridad del paciente en UCI	<i>Desde el 2011 hemos venido cumpliendo con la seguridad del paciente. (P1) Es importante aplicarlas diariamente (las normas) para evitar complicaciones en los pacientes... como personal de enfermería debemos brindar cuidados seguros. (P2) Es importante llevar un cuidado adecuado y evitar complicaciones en estos pacientes de UCI. (P3)</i>
	Trabajo en equipo	<i>Trabajar en equipo, siempre estar comunicados ante cualquier novedad o evento adverso. (P1) Siempre se debe trabajar en forma conjunta y esto permite conseguir el bienestar y la salud del paciente. (P2)</i>
Aplicación de normativas	Uso de manilla de identificación	<i>Siempre debe tener su manilla de identificación. (P1) Es importante el uso de la manilla con el nombre del paciente para poder administrar la medicación especialmente cuando están inconscientes porque sabemos que paciente necesita el procedimiento. (P2)</i>
	Aplicación de protocolos	<i>Cumplo con los protocolos aplicando las escalas de morse y colocando los barandales. (P1) Se usa el protocolo de prevención de caídas. (P2)</i>
	Manejo de eventos adversos	<i>Reportar inmediatamente para resolver ese daño y evitar que suceda de nuevo. (P1) Llenamos un formulario y no es motivo de sanción sino como a forma de mejorar como hospital y evitar que ocurra nuevamente (P2) Siempre notifico a lo compañeros de turno y al jefe inmediato para evitar volverlo hacer (P3)</i>
Acciones de prevención	Prevención de caídas	<i>Se coloca rótulos con bajo riesgo, o alto riesgo de caídas, también usamos medidas de sujeción (P1) Aplicamos las normas, evaluamos el tamaño y peso del paciente para poder trasladarlo (P2) Estar pendiente en pacientes despiertos. (P3)</i>
	Prevención de infecciones	<i>Prevención y control de infecciones saber aplicarlas para evitar una IAAS (P1) Medidas asépticas para realizar algún procedimiento(P2) Me lavo las manos(P3)</i>

Prevención de lesiones por presión de *Se aplica el protocolo, cambio de posición cada dos horas, masajes, hidratación de la piel. (P1) Cambio de posición, masajes, con anti escaras, hidratación de la piel. (P2) Baño del paciente en la cama, hidratación en la piel, masajes, cambios de posición. (P3)*

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de enfermería de UCI

La Tabla 2 revela un análisis detallado sobre las percepciones de los profesionales de enfermería acerca de las debilidades de la seguridad del paciente en UCI. Este análisis se estructuró en cuatro subcategorías emergentes que fueron: Dificultades propias de la atención, Barreras culturales, Barreras estructurales, y Barreras de gestión administrativa.

En las Dificultades propias de la atención se destacan desafíos o códigos directamente relacionados con el cuidado. El primero se identificó como incidencia de eventos adversos, incluyendo errores en la administración de medicamentos, lesiones de piel por el tiempo prolongado en cama, y la extracción accidental de medios invasivos. Estos eventos reflejan la complejidad y los riesgos del paciente en UCI. El segundo código se tituló complejidad del paciente, aquí destaca que alta demanda y el estado crítico de las personas hospitalizadas en UCI, con frecuencia involucran limitaciones de tiempo y de recursos que dificultan el cuidado eficiente y de calidad.

En la subcategoría denominada Barreras culturales se subrayan los aspectos no estructurales que afectan la seguridad del paciente. Uno de los códigos se identificó como comunicación inefectiva. En los discursos se menciona la falta de reporte de incidentes, lo que impide una gestión adecuada de los riesgos existentes y dificulta el aprendizaje a partir

de los errores. El segundo código de esta subcategoría fue la no valoración de la seguridad del paciente, donde se incluyó la falta de adherencia y aplicación consciente de las normas de seguridad por parte de algunos profesionales. Este es un indicador para fortalecer la cultura de seguridad dentro del equipo de salud.

La tercera subcategoría de Barreras estructurales se relaciona con el entorno físico y los recursos disponibles en la UCI para proporcionar un cuidado seguro y de calidad. Destacó la inexistencia de lavabo dentro de la Unidad, lo cual compromete la higiene y el control de infecciones, a pesar de la disponibilidad de alternativas como el alcohol gel. También se codificó el inmobiliario inseguro para describir la insuficiencia de camas adecuadas y otros inmuebles necesarios para la prevención de caídas y otros riesgos.

La cuarta subcategoría se denominó Barreras de gestión administrativa, la cual refleja los desafíos organizacionales y de política que limitan la seguridad del paciente. Aquí se incluyeron códigos como la falta de personal y la falta de educación continua. La falta de personal dificulta la vigilancia adecuada de los pacientes, especialmente durante momentos críticos, como el despertar de la sedación. Mientras que la falta de educación continua expresa la necesidad de capacitaciones y actualizaciones en cuanto al uso de

protocolos y procedimientos para prevenir infecciones y otros eventos adversos.

El análisis de las debilidades en esta segunda categoría estudiada sugiere la importancia de abordar tanto los aspectos

tangibles (de infraestructura y personal) como intangibles (cultura de seguridad y comunicación). Todos son importantes para mejorar la seguridad del paciente en UCI.

Tabla 2. Percepciones de los profesionales de enfermería acerca de las debilidades de la seguridad del paciente en UCI

SUB CATEGORÍAS	CÓDIGOS	EXPRESIONES
Dificultades propias de la atención	Incidencia de eventos adversos	<i>En la administración de medicamentos si habido eventos adversos. (P2) ...ocurren lesiones de la piel por el tiempo prolongado del paciente en UCI. (P3) En UCI ocurre con frecuencia extracción accidental de otros medios invasivos. (P4)</i>
	Complejidad del paciente	<i>Algunos están sumamente críticos y no podemos cumplir con todos los cuidados necesarios no porque no se quiera sino por el tiempo. (P1) La demanda de pacientes no nos permite realizar os cambios de posición al paciente ya que no solo implica cambios sino baño del paciente, cambio de equipos, administración de medicación y aún más si son niños implica mucho tiempo. (P2) No se puede cumplir a cabalidad con los cuidados. (P3)</i>
Barreras culturales	Comunicación inefectiva	<i>Los enfermeros nuevos no reportan, pero es necesario comunicar y notificar. (P1) A veces se nos olvida. (P2) Hay temor de que le puedan sancionar y no se reporta. (P3)</i>
	No valoración de la seguridad del paciente.	<i>El personal no se acopla a las normas seguridad. (P1) Los protocolos son adecuados, pero no lo aplicamos de forma consciente y no se cumple a cabalidad. (P2) No colocar la medicación a la hora. (P3) No existe tanta cultura de seguridad del paciente. (P4)</i>
Barreras estructurales	Inexistencia de lavabo	<i>Si no se puede salir a lavar las manos tenemos alcohol gel en el pie de la cama para colocarnos. (P1) No tenemos lavado de manos dentro de la UCI. (P2) El lavado de manos es sumamente importante y no lo aplicamos correctamente. (P3)</i>
	Inmobiliario inseguro.	<i>Hacemos lo que podemos ya que la unidad no es adecuada para la UCI. (P1) Las camas algunas no son adecuadas para evitar las caídas. (P2) No se cuenta con las camas adecuadas entonces no hay seguridad adecuada para el paciente. (P3)</i>

Barreras de gestión administrativas	Falta personal	de	<i>Cuando estén despertando de sedación y no podemos estar pendiente. (P1) No se puede estar con un paciente y otro a la vez por lo que puede tener un evento adverso o generarse alguna complicación. (P2) A veces no se puede hacer el cambio de posición al paciente debido al tiempo y al poco personal. (P3)</i>
	Falta de educación continua	de	<i>Pero siento que debemos tener más capacitaciones para poder realizar de mejor forma la prevención de estas infecciones. (P1) Actualizarse los protocolos para evitar estas IAAS. (P2) Falta capacitaciones. (P3)</i>

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de enfermería de UCI

DISCUSIÓN

Los informantes valoraron la importancia de la seguridad del paciente en UCI, con énfasis en la administración segura de medicamentos y el trabajo en equipo. En este sentido, coincide con estudios previos de Otero et al., y Escandell y Pérez, donde se consideró importante conocer las reglas en la administración segura de medicamentos, revisar los medicamentos antes de su administración y saber actuar con prudencia para asegurar la efectividad y seguridad del tratamiento¹⁴⁻¹⁶. Igualmente, sobre el trabajo en equipo, las investigaciones de Dittman y Hugges y de Oliveira et al., resaltaron la necesidad de colaborar y comunicarse eficazmente en el equipo de salud, especialmente en UCI, para intercambiar información completa y precisa y garantizar el bienestar y la calidad de atención del paciente.^{4,7} Esto permite una respuesta coordinada y oportuna ante cualquier eventualidad.

Los participantes resaltaron la importancia de utilizar de manera consistente y precisa las manillas de identificación como una medida esencial

para garantizar la correcta identificación de los pacientes, contribuyendo así a la seguridad y evitando posibles errores médicos. Coincidiendo con un estudio previo de Augusto et al., el cual consideró que el uso riguroso de la manilla de identificación del paciente es indispensable para garantizar la administración segura de medicamentos y procedimientos en la UCI.⁸ Esto previene errores potencialmente graves por confusión en la identidad de los pacientes, especialmente cuando se encuentran inconscientes.

Igualmente, en los resultados se enfatiza la importancia de la aplicación sistemática de protocolos establecidos para diversas intervenciones y procedimientos en la UCI. Estos protocolos sirven como guías estandarizadas para asegurar la coherencia y la calidad en la atención, minimizando riesgos potenciales. En línea con lo planteado por de Oliveira et al, quienes reiteran la aplicación consistente de protocolos y escalas de valoración con el fin de reducir los riesgos y refuerza la seguridad del paciente crítico.⁴ El

seguimiento de guías para la prevención de caídas y otras complicaciones es esencial en este contexto.

En cuanto al manejo de eventos adversos, los resultados evidencian que los informantes tienen interés por apegarse al cumplimiento de normativas establecidas y reconocen la importancia de abordar de manera inmediata, estructurada y documentada cualquier evento adverso que surja durante la atención al paciente. A este respecto, de Oliveira et al., y Silva et al., enfatizan la importancia de reportar inmediatamente cualquier incidente, para gestionarlo adecuadamente y prevenir su recurrencia.⁴⁻¹¹ Esto resalta la necesidad de promover una cultura de seguridad que fomente el reporte activo de eventos adversos y facilite la implementación de estrategias preventivas.

Por otra parte, los resultados revelaron un marcado enfoque preventivo del personal de enfermería frente a tres de los principales riesgos para la seguridad de los pacientes en UCI: caídas, infecciones intrahospitalarias y lesiones por presión. Entre las medidas específicas mencionadas para prevenir caídas, se encuentran: la vigilancia activa, la evaluación de riesgos, la utilización de sujeciones, y el aseguramiento del traslado seguro. Aquí los hallazgos coinciden con los resultados de otra investigación.⁵ donde se enfatizó que, las medidas de vigilancia activa, la evaluación de riesgos y el uso de dispositivos de sujeción, cuando sean necesarios, son importantes para garantizar la seguridad del paciente y evitar accidentes.

Para prevenir infecciones se destacan percepciones referidas al cumplimiento de normas de asepsia y el

énfasis en el lavado de manos. Otros estudios de Novák et al., y Boora et al., igualmente resaltan la importancia crítica de seguir rigurosamente los protocolos de asepsia, higiene de manos y otras medidas para prevenir la transmisión de microorganismos entre pacientes²²⁻²⁵. Estos hallazgos reflejan la conciencia sobre estas prácticas para la prevención de IAAS.

Finalmente, para la prevención de úlceras por presión, los profesionales mencionaron estrategias como la movilización frecuente del paciente, masajes, uso de cremas protectoras y cuidado integral de la piel. Sin embargo, los resultados reflejan principalmente un discurso sobre la aplicación de estas buenas prácticas, sin que se pueda concluir de manera directa que estas estrategias se implementen consistentemente tal como se describen. Al respecto, en la prevención de lesiones por presión algunos estudios realizados por Alshahrani et al., Martínez y Braña, y Rahman et al., enfatizan en estrategias similares a las encontradas en este estudio, como la movilización frecuente del paciente, masajes, uso de productos para hidratación y protección de la piel.³³⁻³⁰ Esta coincidencia sugiere que los profesionales de la salud, en su discurso, reconocen la importancia de ciertas prácticas preventivas para las lesiones en la piel, que se han reportado en otros estudios. No obstante, no se evaluó en este trabajo la implementación efectiva de dichas prácticas ni su eficacia en la prevención de lesiones en los pacientes de UCI.

Los resultados sobre la incidencia de eventos adversos y la complejidad de los pacientes en UCI revelaron

dificultades en la atención debido a la gravedad de los casos. Los profesionales perciben que enfrentan desafíos por la falta de tiempo y recursos, especialmente cuando la carga laboral es alta y el número de pacientes críticos supera la capacidad del personal, lo que puede afectar la calidad del cuidado. Además, la complejidad de los casos exige intervenciones adicionales, como cambios de posición, baños y administración de medicamentos, complicando la atención integral que se debería brindar.

En este orden de ideas, una investigación anterior señala que una proporción considerable de eventos adversos en contextos de cuidado crítico está vinculada a fallas y descuidos del personal de enfermería en aspectos fundamentales del cuidado, debido a la sobrecarga laboral.⁹ Por otra parte, otras investigaciones señalan que la criticidad y complejidades propias de los pacientes en UCI implican retos importantes para garantizar consistentemente su seguridad y la calidad de la atención.⁴⁻¹¹

Los hallazgos muestran que los profesionales de la salud reconocen la existencia de aspectos relacionados con la comunicación y la valoración de la seguridad que, desde su perspectiva, dificultan el cuidado adecuado del paciente. Estos factores incluyen fallas en la comunicación efectiva y la falta de prioridad en la valoración de la seguridad como parte integral del cuidado. Algunos entrevistados perciben que los profesionales nuevos pueden omitir el reporte de situaciones relevantes por factores como el temor a consecuencias negativas o simples descuidos. Aunque existen protocolos de seguridad, algunos

profesionales mencionan que no siempre se aplican de manera consciente y rigurosa, lo que sugiere una falta de interiorización de estos valores entre todo el personal de las UCI, según lo expresado en sus discursos. Entre los problemas específicos por estas deficiencias se menciona a la administración inoportuna de medicamentos. Por lo expuesto se puede afirmar que en esta UCI persisten retos importantes para consolidar una cultura organizacional proactiva hacia la seguridad del paciente.

Los resultados antes mencionados tienen puntos de conexión con lo planteado por otros estudios donde se consideró que la omisión en el reporte de situaciones relevantes por parte de personal nuevo puede deberse a factores como el temor a consecuencias negativas.¹⁰⁻⁹ Es por ello que una investigación previa, resalta la necesidad de fomentar ambientes de confianza donde se incentive la comunicación abierta sobre cualquier incidente que pueda afectar al paciente.⁷

El estudio encontró barreras estructurales en las UCI relacionadas con deficiencias en aspectos de infraestructura y dotación que podrían limitar la capacidad del personal de brindar una atención segura. Entre estas se destacan la falta de acceso a lavabos dentro de las unidades, lo cual puede afectar la adecuada higiene de manos. Aunque se dispone de gel desinfectante, se resalta la importancia de un lavado riguroso. Adicionalmente, se hallaron problemas con las dotaciones hospitalarias, mencionando camas y equipos que no cumplen estándares de seguridad ante riesgos como caídas de pacientes. Estas

barreras estructurales imponen desafíos al personal de enfermería en su labor de garantizar la protección integral de los pacientes.

Esta parte de los resultados coincide con lo descrito en un estudio previo, en el cual se enfatiza que las limitaciones en la disponibilidad de recursos físicos y de infraestructura adecuados, pueden afectar negativamente la seguridad en las UCI.²⁷ Este mismo estudio, encontró acceso insuficiente a lavabos y problemas con equipos hospitalarios obsoletos que no brindan garantías de funcionalidad e integridad. Superar estas barreras estructurales requiere de inversiones para la renovación tecnológica y la actualización de la infraestructura de las UCI.

Finalmente se evidenciaron barreras de gestión administrativa en las UCI que pueden afectar la seguridad de la atención. Se halló que la dotación insuficiente de personal compromete la capacidad para garantizar la supervisión y el cuidado adecuados, especialmente en momentos críticos como la recuperación de sedación o los cambios posturales. Adicionalmente, se encontró que existe una limitada educación continua del talento humano que labora en estas unidades, lo cual se percibe como un impedimento para la actualización de conocimientos y el afianzamiento de buenas prácticas para prevenir infecciones intrahospitalarias y mejorar integralmente la calidad del servicio.

Estos últimos resultados se encuentran en línea con los planteamientos de otros estudios, en donde se consideró que el déficit de personal y de programas de entrenamiento continuo en servicio,

pueden debilitar la capacidad de respuesta segura y efectiva ante las complejidades del cuidado intensivo.^{4,9} La falta de personal suficiente compromete la adecuada vigilancia y atención que requieren pacientes críticos, facilitando eventos adversos. Asimismo, la ausencia de educación permanente limita la incorporación de nuevos protocolos y estándares para la prevención de riesgos y mejora de la calidad, coincidiendo también con este estudio.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería recalcan la importancia de la seguridad del paciente dada a las condiciones críticas del paciente en la UCI por lo cual se adhieren al cumplimiento de normativas y procedimientos diseñados para minimizar riesgos y optimizar la atención. Resalta la conciencia y el compromiso de los profesionales de la salud en la UCI con la seguridad del paciente, destacando la necesidad de medidas específicas y protocolos para abordar los desafíos particulares de este entorno crítico.

La comprensión de la importancia de la seguridad del paciente en la UCI es esencial para garantizar la entrega de atención de alta calidad y la prevención de posibles complicaciones.

Los hallazgos de la investigación denotan una clara conciencia sobre la relevancia de cumplir rigurosamente con las normativas de seguridad farmacológica y del paciente en UCI. Asimismo, se evidencia el compromiso con el trabajo en equipo como un elemento indispensable para brindar una atención de calidad y prevenir complicaciones en estos pacientes críticos.

Así mismo se encontró barreras negativas asociadas con la atención, debido a la gravedad de los pacientes, de infraestructura, comunicación ineficaz y de gestión administrativa, como una falta de personal y fortalecimiento de educación continua, las cuales interfieren en las capacidades de brindar una atención segura y de calidad.

Agradecimientos:

Agradecimiento especial a las autoridades del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, por autorizar la realización del trabajo de investigación en esta institución. A los dedicados profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, por su participación voluntaria en el estudio.

El proyecto fue autofinanciado y las autoras declaran no poseer conflictos de interés que pudieran haber influido en los resultados del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Seguridad del Paciente Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, MSP; 2016.
- (2) Olinio L, Gonçalves A de C, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019 Apr 29 [cited 2023 Jul 27];40(Spe):e20180341. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983->

- 1447.2019.20180341
- (3) García-Diez R, Martín-Delgado MC, Merino-de Cos P, Aranaz-Andrés JM. Herramientas para fomentar la seguridad en pacientes críticos. *Enferm Intensiva*. 2022 Sep 1(33):S56–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.07.001>
- (4) De Oliveira HCSA, Marques RR, Dos Santos Curado MA, Gaspar MFM, Dos Santos Sousa PJ. Instruments for measuring incidents related to patient safety in the context of paediatric intensive care—protocol for a scoping review. *Syst Rev* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Jul 27];11(1):1–8. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-01888-6>
- (5) Mendes LA, Costa ACL, Silva DCZ, Simões DA da S, Côrrea A dos R, Manzo BF. Adherence of the nursing team to patient safety actions in neonatal units. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2). Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VnVxbjChPdKfWTjpFRJ48ND/?lang=en>
- (6) OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2019 [cited 2023 May 31]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- (7) Dittman K, Hughes S. Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018 Dec 1;30(4):445-455.e4. Available from:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899588518309729?via%3Dihub>
- (8) Rosendo da Silva Richardson Augusto, da Costa Santos Rebecca Stefany, França de Menezes Harlon, de Souza Costa Thatiane Monick, de Andrade Oliveira Lahelya Carla, Fontes Fernandes Sâmara et al. Avaliação da conformidade de utilização de um protocolo para identificação de pacientes. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Jun 25]; 36(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200017&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
- (9) Tataei A, Rahimi B, Afshar HL, Alinejad V, Jafarizadeh H, Parizad N. The effects of electronic nursing handover on patient safety in the general (non-COVID-19) and COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2023 Jul 27];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37221502/>
- (10) Ghezalje TN, Farahani MA, Ladani FK. Factors affecting nursing error communication in intensive care units: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2020 Sep 28 [cited 2023 Jul 27];28(1):131–144. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733020952100>
- (11) Silva FP, Correia KC, Araujo RMD, Oliveira ECS, Oliveira RC, Pereira EBF, Holanda GM, et al. Incident notification and patient safety in times of a pandemic - *Acta Paulista de Enfermagem*. [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 27]; 36: eAPE00952. Available from: <https://actaape.org/en/article/incident-notification-and-patient-safety-in-times-of-a-pandemic/>
- (12) López-Romero LA, Cáceres-Rivera DI, Dueñas-Badillo RE, Acosta-Barón JV, Robles-Méndez IY, Rincón-Castillo D, et al. Adherencia y potenciales eventos adversos prevenidos durante la administración de medicamentos endovenosos empleando bombas de infusión inteligentes en cuatro unidades de cuidados intensivos en Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2023 Jul 27];51(4):289–300. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000400289&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- (13) Beudart C, Witjes M, Rood P, Hiligsmann M. Medication administration errors in the domain of infusion therapy in intensive care units: a survey study among nurses. *Archives of Public Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2023 Jul 27];81(1):1–11. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-023-01041-2>
- (14) Otero MJ, Merino de Cos P, Aquerreta González I, Bodí M, Domingo Chiva E, Marrero Penichet SM, et al. Assessment of the implementation of safe medication

- practices in Intensive Medicine Units. *Medicina Intensiva (English Edition)*. 2022 Dec 1;46(12):680–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2022.05.009>
- (15) Laher AE, Enyuma CO, Gerber L, Buchanan S, Adam A, Richards GA. Medication Errors at a Tertiary Hospital Intensive Care Unit. *Cureus* [Internet]. 2021 Dec 13 [cited 2023 Jul 27];13(12). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8752413/>
- (16) Escandell Rico FM, Pérez Fernández L. Seguridad de medicamentos durante la pandemia COVID-19 en las enfermeras de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Jul 27];54(6):102352. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656722000725>
- (17) Peters A, Schmid MN, Parneix P, Lebowitz D, de Kraker M, Sauser J, et al. Impact of environmental hygiene interventions on healthcare-associated infections and patient colonization: a systematic review. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 2022 Dec 19 [cited 2023 Jul 27];11(1):38. Available from: <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-022-01075-1>
- (18) Blot S, Ruppé E, Harbarth S, Asehnoune K, Poulakou G, Luyt CE, et al. Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Jul 27];70:103227. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339722000301>
- (19) Puro V, Coppola N, Frasca A, Gentile I, Luzzaro F, Peghetti A, et al. Pillars for prevention and control of healthcare-associated infections: an Italian expert opinion statement. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Jul 27];11(1):1–13. Available from: <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-022-01125-8>
- (20) Duany Badell LE, Suárez del Villar Seuret S, Cantero Martínez T, Águila Toledo MC, Hernández Malpica S, Hernández Monsón V. Características clínico-epidemiológicas de pacientes notificados con infección intrahospitalaria en Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos. Cienfuegos, 2015-2019. *MediSur* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 27];20(1):109–19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000100109&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- (21) Mazzeffi M, Galvagno S, Rock C. Prevention of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Unit Patients. *Anesthesiology* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Jul 27];135(6):1122–31. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/135/6/1122/117856/Prevention-of-Healthcare-associated-Infections-in>
- (22) Novák M, Breznický J, Kompaníková J, Malinovská N, Hudečková H.

- Impact of hand hygiene knowledge on the hand hygiene compliance. *Med Glas (Zenica)* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Jul 27];17(1):194–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31556581/>
- (23) Chico Sánchez P, Seguí Crespo M del M. Intervenciones para mejorar el grado de cumplimiento de la higiene de manos en los servicios de urgencias. *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2020 Nov 4 [cited 2023 Jul 27];23(4):462–466. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492020000400462&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (24) Kumar A, Keri VC, Khan MA, Ranjan P, Rastogi N, Sahu M, et al. Assessment of healthcare worker's hand hygiene and infection prevention practices of their personal belongings in a healthcare setting: a survey in pre-COVID-19 era and literature review on standard disinfection practices. *J Prev Med Hyg* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Jul 27];62(1): E104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8283623/>
- (25) Boora S, Singh P, Dhakal R, Victor D, Gunjiyal J, Lathwal A, et al. Impact of Hand Hygiene on Hospital-Acquired Infection Rate in Neuro Trauma ICU at a Level 1 Trauma Center in the National Capital Region of India. *J Lab Physicians*. 2021 Jun;13(2):148. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8409116/>
- (26) Casaroto E, Generoso JR, Tofaneto BM, Bariani LM, Auler M de A, Xavier N, et al. Hand hygiene performance in an intensive care unit before and during the COVID-19 pandemic. *Am J Infect Control* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Jul 27];50(5):585–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655322000451>
- (27) Feijó VBER, Barreto MFC, Tanita M, Balsanelli AP, Cunha ICKO, Haddad MDCFL. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5700.3517>
- (28) Lorente-Granados MG, Quiñoz-Gallardo MD, Teixiné-Martín A, Arza-Alonso N, Suarez MD, Arias-Arias AJ, et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas en prevención de lesiones por presión: desarrollo, resultados y sostenibilidad. *Enferm Clin* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Jul 27];30(3):198–211. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862120302874>
- (29) Pancorbo-Hidalgo P GFFPLCSAJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5o Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 27];30(2):76–86. Available from: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134->

- 928X2019000200076&script=sci_art text#aff3
- (30) Martínez Villamea S, Braña Marcos B. Prevención de las úlceras por presión en el cuidado de pacientes colocados en decúbito prono: lecciones derivadas de la crisis COVID-19. *Ene* [Internet]. 2021 Dec 6 [cited 2023 Jul 28];15(1):2–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000100013&script=sci_art text
- (31) Rahman-Synthia SS, Kumar S, Boparai S, Gupta S, Mohtashim A, Ali D. Uso profiláctico de apósitos de silicona para minimizar las lesiones por presión: revisión sistemática y metaanálisis. *Enferm Clin* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2023 Jul 28];33(1):4–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862122000870>
- (32) Zarei E, Madarshahian E, Nikkhah A, Khodakarim S. Incidence of pressure ulcers in intensive care units and direct costs of treatment: Evidence from Iran. *J Tissue Viability* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Jul 28];28(2):70–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965206X18300810>
- (33) Alshahrani B, Sim J, Middleton R. Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 Aug 27 [cited 2023 Jul 28];30(15–16):2151–68. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15709>
- (34) Rivera J, Donohoe E, Rooney MD, Samaniego N. Implementing a Pressure Injury Prevention Bundle to Decrease Hospital-Acquired Pressure Injuries in an Adult Critical Care Unit: An Evidence-Based, Pilot Initiative: Wound Manag Prev [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 28];66(10):22–9. Available from: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/article/implementing-pressure-injury-prevention-bundle-decrease-hospital-acquired-pressure-injuries>
- (35) Ataro G. Methods, methodological challenges and lesson learned from phenomenological study about OSCE experience: Overview of paradigm-driven qualitative approach in medical education. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Jul 28];49:19–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2049080119301815>
- (36) Mayring P. Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2000 Jun 30 [cited 2023 Dec 13];1(2). Available from: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383>