



BIENESTAR GENERAL DE LOS PACIENTES Y EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES Y LA SEGURIDAD CLÍNICA

GENERAL PATIENT WELL-BEING AND THE IMPACT OF INTERVENTIONS AND CLINICAL SAFETY

Nadihezka Amanda Cusme Torres^{1*}

¹ Docente Instituto Superior Tecnológico España. Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5402-0088>. Correo: nadihezkacusme11@gmail.com

María Gabriela Martínez Arboleda²

² Licenciada Enfermería. Ministerio de Salud Pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9323-8197>. Correo: gaby.martinez90200@gmail.com

Palacios Palacios Pacífica Macarena³

³ Docente Universidad Técnica de Ambato. Licenciada en Enfermería del Hospital General Docente Ambato. Magister en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de Atención Sanitaria. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4657-818X>. Correo: ppalacios1784@uta.edu.ec

Martha Lucia Guallichico Maura⁴

⁴ Docente Instituto Superior Tecnológico España. Licenciada en Enfermería del Hospital General Docente Latacunga. Maestría en Salud Pública. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4744-1693>. Correo: marthylucia42@hotmail.com

* Autor para correspondencia: nadihezkacusme11@gmail.com

Resumen

Introducción. La atención al bienestar general de los pacientes ha evolucionado más allá de la simple cura de enfermedades. Hoy en día, se reconoce que la experiencia del paciente durante su estancia en un centro de salud tiene un impacto significativo en su recuperación y satisfacción. La seguridad clínica, entendida como la prevención de daños evitables, es un componente esencial de esta atención integral. Métodos Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas de Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, PubMed. Resultados En general, las revisiones sistemáticas estuvieron bien realizadas, aunque varias incluyeron estudios de calidad deficiente o regular, otro aspecto muy importante es la implementación de un registro de eventos adversos. Conclusiones existen abundantes pruebas que demuestran los efectos positivos de la atención centrada en la persona en la calidad de la atención sanitaria investigaciones de enfermería de alta calidad.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



Palabras clave: Bienestar; Pacientes; Intervenciones; Impacto; Seguridad

Abstract

Introduction. Attention to patients' overall well-being has evolved beyond simply curing diseases. Today, it is recognized that the patient's experience during their stay in a health center has a significant impact on their recovery and satisfaction. Clinical safety, understood as the prevention of avoidable harm, is an essential component of this comprehensive care. Methods The electronic databases of Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, PubMe were searched. Results In general, the systematic reviews were well conducted, although several included studies of poor or fair quality. Another very important aspect is the implementation of a registry of adverse events. Conclusions: There is abundant evidence demonstrating the positive effects of person-centred care on the quality of health care, high-quality nursing research.

Keywords: Wellbeing, Patients, Interventions, Impact, Safety

Fecha de recibido: 04/03/2025

Fecha de aceptado: 11/06/2025

Fecha de publicado: 25/06/2025

Introducción

En un contexto como el sanitario, de creciente complejidad y necesidad de recursos, cada vez se hace más necesario incorporar al paciente y a las personas de su entorno en el cuidado de su salud, el manejo de su enfermedad y en su seguridad durante la asistencia (1).

Las instituciones de salud contemporáneas enfrentan un doble desafío: brindar atención médica de vanguardia y mantener una fuerza laboral saludable y eficaz para brindar un servicio de alta calidad a los pacientes. Por lo tanto, garantizar tanto la seguridad del paciente como el bienestar del personal son objetivos igualmente importantes para las instituciones médicas (2)

Sigue siendo necesario para fomentar esta cultura de seguridad del paciente en atención primaria, promover la notificación de incidentes, analizarlos con un enfoque al sistema, identificando las debilidades de este como origen de los fallos y errores que se producen durante la asistencia, y superar la cultura de la culpa para centrarnos en lo verdaderamente importante: aprender de lo ocurrido e incorporar medidas de mejora para que no vuelva a suceder. Es preciso combinar el análisis reactivo de los incidentes con las técnicas y herramientas de análisis proactivo de los riesgos, para actuar antes de que los eventos adversos tengan lugar (3).



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



La 74ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo del 2021 el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 con el fin de potenciar la seguridad de este como un componente esencial en el diseño, los procedimientos y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo (4)

En 2019 la Asamblea Mundial de la OMS proclamó el 17 de septiembre como el Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Desde entonces, cada año se celebran en torno a ese día, y en todos los países del mundo, diversas actividades para concienciar e instar a los ciudadanos a involucrarse con esta causa. En su página web, la OMS ofrece recomendaciones para organizar una campaña de seguridad del paciente, así como herramientas y recursos gráficos y audiovisuales para desarrollarla (5)

En una era de sistemas de seguridad, las intervenciones hospitalarias para construir una cultura de seguridad brindan metodologías de aprendizaje organizacional para el personal. Sus beneficios para el personal hospitalario son desconocidos (5)

La pandemia por COVID-19 ha generado una enorme presión sobre los servicios sanitarios, la sociedad civil y la economía global. Esta situación ha hecho aflorar las grandes diferencias en cuanto a equidad y a compromiso político en relación con la cobertura de la atención a la salud de las poblaciones a nivel mundial, poniendo en peligro el objetivo de la CSU. Para poder alcanzar este fin, es necesario fomentar una unión clara entre la garantía de una CSU y la AP en los países. Esto requiere un liderazgo que involucre a las comunidades locales y, sobre todo, una dotación de recursos económicos, estructurales y humanos por parte de los gobiernos nacionales para garantizar una atención segura y de calidad (6). Es importante aprovechar el alto nivel de compromiso político actual por conseguir una atención primaria universal y segura (7)

Se ha recomendado una atención sanitaria que involucre a los pacientes y a sus familias para mejorar la seguridad y la calidad de los pacientes. En vista de que hay pocas orientaciones sobre las asociaciones para la atención de pacientes adultos con enfermedades agudas, sus familias y los equipos de atención sanitaria, es necesario revisar las intervenciones que se han utilizado para promover la participación de la familia en la atención de los pacientes en las salas de cuidados agudos para adultos (8).

La salud no es un producto de consumo, pero los mecanismos de comunicación que utilizan las empresas e instituciones no sanitarias para posicionar sus productos en el mercado son aplicables a la promoción de la salud (9)

Las instituciones de salud contemporáneas enfrentan un doble desafío: brindar atención médica de vanguardia y mantener una fuerza laboral saludable y eficaz para brindar un servicio de alta calidad a los pacientes (2).

El espectro de la participación es tan amplio, desde la toma de decisiones compartidas hasta la presencia de pacientes en los consejos de dirección con capacidad de influir en las decisiones de gestión, pasando por la participación en órganos consultivos, que a menudo no sabemos muy bien a qué nos referimos cuando hablamos de participación (1)

En los últimos años la participación del paciente ha adquirido mayor protagonismo, con términos como atención centrada en el paciente, autogestión de la enfermedad, paciente activo, paciente experto, y está cada vez más presente en el discurso de políticos y gestores sanitarios. Sin embargo, falta conocimiento empírico sobre la viabilidad y efectividad de las intervenciones para promover la participación del paciente en su seguridad. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento exploran, a través de cuestionarios o





entrevistas, los conocimientos y actitudes que profesionales y pacientes tienen respecto a las posibilidades de participación del paciente en su seguridad y los factores que influyen en ella (10)

Las instituciones sanitarias, con el apoyo de entidades nacionales e internacionales, deben desplegar políticas concretas para promover la transparencia en la información sobre la atención sanitaria prestada. Esto incluye incorporar el consentimiento informado en las intervenciones, el acceso de los pacientes a sus historias clínicas y la comunicación franca e inmediata en caso de que estos hayan resultado perjudicados durante la asistencia (11).

El tipo de relación asistencial basada en la toma de decisiones compartidas es un proceso interactivo en el que el profesional ayuda a su paciente a algún aspecto vinculado con su estado de salud y le informa sobre los riesgos y beneficios que conlleva hechos. Con ello se introduce a la persona, con sus valores y preferencias, en la toma de decisiones (12). Será ésta correctamente asesorada, quien elija finalmente valores. Esta nueva perspectiva ha desplazado a esos modelos que buscaban únicamente la beneficencia y no-maleficencia de los pacientes, incluso sin su consentimiento, a un enfoque cuyo eje central es la autonomía y la dignidad (13).

Es de vital importancia realizar evaluación constante sobre la cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud porque permite examinar el nivel de compromiso de los profesionales y de las organizaciones en la posibilidad continua de una atención eficaz y segura desde el momento en que el paciente ingresa al establecimiento. De esta manera, se promueve la práctica segura con el fin de reducir los daños innecesarios relacionados con la atención a un mínimo aceptable. Es así que los esfuerzos repetitivos deben estar dirigidos hacia el establecimiento de una cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud (12).

Se realizó una revisión general para identificar estudios en el nivel más alto de la jerarquía de evidencia científica. Lo anterior permitió un análisis colectivo de la evidencia científica disponible en el área analizada. La investigación realizada hasta el momento se ha centrado en varias áreas, intervenciones y subpoblaciones. La realización de una revisión de la investigación secundaria y su análisis permite la organización y presentación sintética de los datos de manera de facilitar el acceso a la información colectiva para las personas interesadas en el tema de la seguridad del paciente en los centros de atención a largo plazo, incluidos los representantes de las profesiones médicas y los tomadores de decisiones.

Materiales y métodos

Se utilizó el software Covidence para gestionar la selección y la elegibilidad. Dos revisores examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes, revisaron los textos completos de los artículos para determinar su elegibilidad y evaluaron la calidad de las revisiones utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del JBI para revisiones sistemáticas y síntesis de investigaciones.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas de Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, PubMed y PsycINFO entre 2020 a 2024 utilizando términos de búsqueda clave y variaciones de palabras como bienestar, pacientes, familia, intervenciones y seguridad clínica. Se obtuvo literatura adicional de listas de referencias de publicaciones originales relevantes. La herramienta de





evaluación de métodos mixtos y la plantilla para la descripción y replicación de intervenciones informaron sobre el estudio y la evaluación de la intervención.

Atendiendo a los criterios de calidad de la declaración PRISMA, la extracción de datos se realizó en varias fases. En una primera fase, los registros identificados en la búsqueda se introdujeron de forma secuencial en el gestor de referencias bibliográficas Mendeley© versión 1.19.8, identificando y eliminando los duplicados obtenidos, primero en la misma base de datos y, posteriormente, entre las diferentes bases de datos. En una segunda fase se procedió a la lectura de título y resumen y/o a texto completo de los artículos cribados, excluyendo aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión. Por último, se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados para extraer los siguientes datos: autor, país de procedencia, ámbito y población, tipo de estudio y técnica de recogida de datos, variables del estudio, resultados y conclusiones.

Resultados y discusión

De un total inicial de 412 títulos potenciales, 16 revisiones cumplieron con los criterios de inclusión. Las revisiones seleccionadas examinaron el impacto de la atención centrada en la persona para diversos grupos de pacientes (niños, adultos y personas mayores) en diversos entornos. La mayoría de las revisiones sistemáticas evaluaron estudios experimentales, que generalmente comparaban intervenciones centradas en la persona con la atención habitual, y que a menudo demostraban evidencia limitada del impacto en la seguridad. Las revisiones abordaron varios resultados de seguridad del paciente relevantes para la enfermería, incluidas las caídas, las infecciones, el uso y el mal uso de medicamentos y las tasas de mortalidad. En general, las revisiones sistemáticas estuvieron bien realizadas, aunque varias incluyeron estudios de calidad deficiente o regular.

Dada la heterogeneidad de las intervenciones, los resultados y los diseños de investigación de los estudios incluidos en las revisiones seleccionadas, no pudimos sacar conclusiones inequívocas sobre las implicaciones de la atención centrada en la persona para la seguridad del paciente en esta revisión general (14). Sin embargo, hubo algunas pruebas alentadoras de que las iniciativas de atención centrada en la persona pueden dar lugar a tasas reducidas de caídas (en entornos de atención aguda y de atención residencial para ancianos). La revisión también destacó reducciones en la agitación de las personas con demencia y cierta mejora en el uso de medicamentos antipsicóticos en personas mayores con demencia.

Otro aspecto muy importante es la implementación de un registro de eventos adversos, que parece ser crucial para mejorar la seguridad del paciente en todo tipo de establecimientos de salud. Si se consideran los aspectos culturales y la naturaleza humana, reflejados en la renuencia profunda a admitir errores, también es una tarea difícil de implementar de manera efectiva (15)

No solo no se ha logrado revertir los procesos asistenciales inefectivos, sino que la deriva hacia el consumismo sanitario y la medicalización de los problemas de la vida han contribuido a su expansión (16)

López y col, reflejan la importancia y necesidad de educar al personal de enfermería sobre la comunicación y traspaso de la información a pie de cama, a fin de mejorar la comunicación, incrementar la satisfacción del paciente y lograr un traspaso más integral que incluya una mayor participación del paciente y del personal (17).





Conclusiones

Aunque existen abundantes pruebas que demuestran los efectos positivos de la atención centrada en la persona en la calidad de la atención sanitaria investigaciones de enfermería de alta calidad sobre cómo las intervenciones centradas en la persona mejoran los resultados específicos de seguridad del paciente a fin de informar una adopción más generalizada de la práctica centrada en la persona. y en el bienestar del paciente (y del proveedor), hay poca investigación centrada específicamente en el impacto de la atención centrada en la persona en la seguridad del paciente . Por lo tanto, hay margen para una mayor investigación de alta calidad.

Teniendo en cuenta la evidencia científica encontrada y los lineamientos de las instituciones de seguridad asistencial, es necesario que cada establecimiento de cuidados de larga estancia implemente de manera individual intervenciones para mejorar continuamente la calidad de la atención y la cultura de seguridad del paciente a nivel del personal médico y gerencial.

Referencias

1. Añel Rodríguez RM, Aibar Remón C, Martín Rodríguez MD. Patient participation in its own safety. Aten Primaria. 2021;53.
2. Lu L, Ko YM, Chen HY, Chueh JW, Chen PY, Cooper CL. Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):1–14.
3. Revista clínica electrónica en atención primaria - Dipòsit Digital de Documents de la UAB.
4. WHO. GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030: An Overview [Internet]. Global Action on Patient Safety. 2020. Disponible en: https://web.persi.or.id/images/2020/data/materi_semnas20/materi_who_semnas301020.pdf
5. Finn M, Walsh A, Rafter N, Mellon L, Chong HY, Naji A, et al. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. BMJ Open Qual. 2024;13(2):1–12.
6. Aiken LH, Lasater KB, Sloane DM, Pogue CA, Fitzpatrick Rosenbaum KE, Muir KJ, et al. Physician and Nurse Well-Being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice: Factors Associated With Turnover, Outcomes, and Patient Safety. JAMA Heal Forum. 2023;4(7):E231809.
7. Atención primaria de salud_ sus características y potencialidades _ 1 _ Extendin.
8. El impacto de las intervenciones que promueven la participación familiar en la atención en salas de cuidados intensivos para adultos_ una revisión integradora - ScienceDirect.
9. Rodríguez Bilbao E, Añel Rodríguez RM. Campaña de sensibilización ciudadana en Seguridad del Paciente: Modelo de Plan de Comunicación = Citizen awareness campaign on Patient Safety:





- Communication Plan Model. *Rev Española Comun En Salud*. 2019;10(2):206.
10. Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. Euskadi [Internet]. 2018;5–6.
 11. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. *Aten Primaria*. 2021;53.
 12. Maiti, Bidinger. Una Aproximación a La Seguridad Del Paciente En El Primer Nivel De Atención. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2019;4(23):1689–99. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/b23-1.pdf>
 13. Marcos BC, Areste ME, Pozón SR. Communication training for health professionals. *Rev Bioet y Derecho*. 2021;(52):29–44.
 14. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*. 2022;42(1):184–95.
 15. Świtalski J, Wnuk K, Tatara T, Miazga W, Wiśniewska E, Banaś T, et al. Interventions to Increase Patient Safety in Long-Term Care Facilities—Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):1–20.
 16. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017;356(2):75–6.
 17. Paredes-Garza F, López-Mases P, Lázaro E, Marín-Maicas P. Effect of on patient safety of bedside handoff performed in intensive care units. Systematic review. *An Sist Sanit Navar*. 2022;45(2):1–13.

