

# Experiencia y perspectiva bioética en eventos adversos derivados del cuidado enfermero\*

Lady Manrique Marulanda<sup>a</sup> ■ Edwin Alexis Cataño Saldarriaga<sup>b</sup>

**Resumen:** La experiencia vivida a través de las acciones inseguras en el cuidado enfermero son un desafío permanente para la profesión y demuestra la necesidad de involucrar aspectos bioéticos que orienten sus acciones bajo la premisa de una actuación responsable, honesta y humanizada. El propósito de este estudio es dar a conocer las percepciones y los sentimientos que experimentan las enfermeras frente a la ocurrencia de un evento adverso de acuerdo con una perspectiva bioética. El estudio es cualitativo de tipo descriptivo exploratorio. Se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida a doce enfermeras que afrontaron la experiencia de un evento adverso; emergieron cuatro categorías y siete subcategorías: contexto del error: condiciones que precipitaron el error y barreras preventivas; percepciones y sentimientos: miedo, culpa y angustia; visión desde la bioética: principios y aspectos bioéticos, responsabilidad civil y profesional y aspectos del bioderecho; reflexiones y aprendizajes. Se concluye que en la experiencia de vivir un evento adverso derivado del cuidado enfermero es posible identificar y aplicar aspectos bioéticos como ejes orientadores de una actuación honesta con el argumento crítico y responsable en la toma de decisiones que garanticen el bienestar de la persona atendida.

**Palabras clave:** bioética; cuidado de enfermería; enfermería; evento adverso; ética en enfermería; error

**Recibido:** 04/04/2023 **Aceptado:** 27/08/2024 **Disponible en línea:** 24/10/2024

**Cómo citar:** Manrique Marulanda, L., & Cataño Saldarriaga, E. A. (2024). Experiencia y perspectiva bioética en eventos adversos derivados del cuidado enfermero. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 24(2), 67-82. <https://doi.org/10.18359/rlbi.6702>

\* Artículo de investigación.

- a** Magíster en Bioética y Bioderecho. Enfermera, Universidad de Antioquia. Enfermera jefa de servicio de cirugía en Clínica Medellín. Docente de Enfermería en Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Correo electrónico: lady.manrique@upb.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9908-3828>.
- b** Magíster en Calidad en Salud, especialista en Gerencia de Riesgos Laborales, especialista en Pedagogía de la Virtualidad. Enfermero, Universidad de Antioquia. Docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia., grupo de investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud. Correo electrónico: alexis.catano@udea.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1941-8549>

## *Experience and Bioethical Perspective on Adverse Events Arising from Nursing Care*

**Abstract:** Experiencing unsafe actions in nursing care presents a continuous challenge for the profession and highlights the need to integrate bioethical principles that guide actions under the premise of a responsible, honest, and humanized practice. This study aims to explore the perceptions and emotions experienced by nurses when confronted with adverse events from a bioethical perspective. A qualitative exploratory descriptive approach was employed, utilizing a semi-structured interviews with 12 nurses who had encountered adverse events. The study identified four categories and seven subcategories: the context of the error (conditions that precipitated the error and preventive barriers); perceptions and feelings (fear, guilt and anguish); bioethical perspectives (bioethical principles and aspects, civil and professional responsibility, and aspects of biolaw); and reflections and learning. The study concludes that experiencing an adverse event in nursing care allows for the identification and application of bioethical principles, serving as a guiding axis for honest, critical, and responsible decision making that ensures the well-being of patients.

**Keywords:** Bioethics; Nursing Care; Nursing; Adverse Event; Nursing Ethics; Mistake

## *Experiência e perspectiva bioética em eventos adversos decorrentes do cuidado de enfermagem*

**Resumo:** A experiência vivida por meio de ações inseguras no cuidado de enfermagem é um desafio permanente para a profissão e demonstra a necessidade de envolver aspectos bioéticos que orientem suas ações sob a premissa de uma atuação responsável, honesta e humanizada. O objetivo deste estudo é revelar as percepções e os sentimentos que as enfermeiras experimentam diante da ocorrência de um evento adverso de acordo com uma perspectiva bioética. O estudo é qualitativo do tipo descritivo exploratório. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada com doze enfermeiras que enfrentaram a experiência de um evento adverso; surgiram quatro categorias e sete subcategorias: contexto do erro: condições que precipitaram o erro e barreiras preventivas; percepções e sentimentos: medo, culpa e angústia; visão bioética: princípios e aspectos bioéticos, responsabilidade civil e profissional, e aspectos do biodireito; reflexões e aprendizados. Conclui-se que, na experiência de viver um evento adverso decorrente do cuidado de enfermagem, é possível identificar e aplicar aspectos bioéticos como eixos orientadores de uma atuação honesta com argumento crítico e responsável na tomada de decisões, garantindo o bem-estar da pessoa atendida.

**Palavras-chave:** bioética; cuidado de enfermagem; enfermagem; evento adverso; ética em enfermagem; erro

## Introducción

La bioética y el bioderecho cobran profundo significado cuando, en la experiencia de un evento adverso derivado del cuidado enfermero, se hace un análisis a partir de relatos expresados por profesionales que han afrontado su ocurrencia. En los últimos años, se ha incrementado el interés de las instituciones de salud por mejorar la seguridad en la prestación de los cuidados enfermeros, es por ello por lo que los eventos adversos cobran importancia en la seguridad y la calidad de la atención en salud. El evento adverso es entendido como una lesión derivada del tratamiento o procedimiento que recibe la persona más allá de su enfermedad, patología o condición y que conlleva la aparición de una complicación o secuela inesperada de la atención prestada. En el área de la salud, admitir la falibilidad es socialmente inaceptable y más cuando se trata de profesiones que tienen valores implícitos de perfección y el error es prohibido (1).

En la antigüedad, para la medicina hipocrática, la obligación imperativa estaba enfocada, en primer lugar, en favorecer (principio de beneficencia) y, en segunda instancia, en no perjudicar (principio de no maleficencia). A partir del siglo XVII, el imperativo ético superior es no dañar *first, do no harm* (2). Es por ello que los aspectos bioéticos tienen cada vez mayor relevancia en la práctica del cuidado, especialmente para las enfermeras, quienes diariamente afrontan retos y desafíos derivados de aspectos como: las políticas de los sistemas de salud, las características de morbimortalidad de la población atendida, las condiciones laborales para el ejercicio de la enfermería, el aumento de la expectativa entre personas y sus cuidadores, la no disponibilidad de recursos para la atención, la falta de reconocimiento y visibilidad de la profesión, entre otros, los cuales influyen directamente en la calidad de la atención enfermera. Por lo tanto, se hace indispensable poner en práctica aspectos bioéticos que garanticen el bienestar y el fomento del respeto integral de la persona como sujeto de cuidado en el que se asegure la aplicación de los principios de beneficencia, entendida como la obligación de evitar la omisión de actos indicados; la no maleficencia que se entiende como la obligación

de evitar la comisión de actos contraindicados; la justicia vista como el principio que permite entender el comportamiento de ciertos eventos adversos con relación a las condiciones sociales, económicas y culturales de los sujetos de cuidado y las condiciones en las que se brinda el cuidado mismo; además, de la inversión de recursos extra con un alto coste económico y social y; por último, la autonomía que se entiende como la garantía a la que tiene derecho la persona de que le sea reparado el daño de manera oportuna y a ser informado de lo ocurrido (2). El Código de Ética para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) afirma que la profesión de enfermería tiene consigo la aplicación de valores (fines), que además son obligaciones (acciones) y actitudes (virtudes) (3).

El profesional de enfermería debe ejercer su rol bajo la premisa de la responsabilidad por el otro, siendo consciente de que su actuar puede estar a favor o en contra de su bienestar. La relación entre el cuidador y la persona trasciende en la medida en que el otro es considerado como fuerza moral que exige una responsabilidad, la cual es vista según diferentes contextos. Inicialmente, se encuentra la responsabilidad jurídica, que recoge las normas que son de obligatorio cumplimiento, seguida de la responsabilidad ética en la que las enfermeras intentan encontrar una respuesta para la persona a través de la relación de cuidado. Todo ello hace que la formación y el ejercicio profesional que lleva a cabo la enfermera deban estar basados en la observación de los requisitos que permiten que esa práctica moral sea considerada buena (4). La práctica de enfermería exige del profesional la necesidad de identificar, conocer y evidenciar la aplicabilidad de las leyes que rigen su profesión. En Colombia, se cuenta con la Ley 266 de 1996, la cual “Reglamenta la profesión de enfermería”, seguidamente, la Ley 911 de 2004, que “Dicta disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería”, también, la Ley 1164 de 2007, que “Dicta disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”, además, el Código de ética del CIE para las enfermeras y la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022 - 2031. Reglamentación dentro de la cual están implícitamente contemplados los

principios bioéticos, valores y aspectos del biodecho que son indispensables en el ejercicio profesional, que se convierten en requisito fundamental y son de obligatorio cumplimiento a la luz de la ley (5).

Desde otro punto de vista, es importante reconocer las secuelas que deja la aparición de un evento adverso; de manera inicial, siempre será la persona la primera víctima, pero no solo ella, también se involucra a su familia, así mismo, otra víctima es el personal que brinda la atención, pues en el contexto de los eventos adversos, prima la no intencionalidad de hacer daño. Al realizar una profunda reflexión en torno a todo lo relacionado con incidentes o acontecimientos adversos derivados de la atención en salud no se debe dejar de lado la influencia o culpa que se pone en los profesionales de la salud, a quienes raramente se les da la atención que esta circunstancia demanda, finalmente, es el profesional de salud quien se enfrenta y se responsabiliza del error y las consecuencias. Entre los profesionales de la salud, posterior a incurrir en un evento adverso, es frecuente expresar y sentir autoinculpación y lástima. La perspectiva de las personas atendidas y sus familiares es diferente, pues se convierten en las víctimas del suceso y se percibe el daño, con o sin intención, causado por alguien en quien se había depositado una gran confianza. Las anterior situación lleva a quienes sufren las consecuencias del evento a plantear demandas, las cuales dan lugar a la práctica de un cuidado defensivo que se traduce en insatisfacción de la persona o familiares, así como en un incremento de gastos intangibles considerados costos de no calidad y afectaciones en la salud mental por estrés, ansiedad y depresión en las enfermeras (6).

Es importante reconocer a las enfermeras como seres vulnerables ante la aparición de un evento adverso, pues se convierten en segundas víctimas, término que apareció por primera vez en el 2000 y que propone como derechos de la segunda víctima el trato justo, el cual evita responsabilizar en un 100 % a la persona y reconocer que los seres humanos son vulnerables al error, comprendiendo y entendiendo la emergencia psicológica, la transparencia y oportunidad de mejora (7). En este orden de ideas, es importante darles el protagonismo a

los profesionales involucrados en acciones inseguras que condujeron a la aparición de un evento adverso a través de su voz, escuchando sus apreciaciones, percepciones, significados y construcciones alrededor de la experiencia y las transformaciones posteriores al mismo en el marco de una reflexión bioética y de corresponsabilidad. Por ende, el propósito de este estudio es conocer las percepciones y los sentimientos que experimentan las enfermeras frente a la ocurrencia de un evento adverso con base en una perspectiva bioética.

## Metodología

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo exploratorio de acuerdo con la perspectiva de Sampieri (8), que especificó las propiedades, características y perfiles de las personas participantes que fueron sometidas a análisis. Es también exploratorio porque el objetivo fue examinar un problema o situación de investigación, del cual poco se conocía y que se decidió indagar.

Se desarrolló por medio de una entrevista semiestructurada dirigida a doce enfermeras que desempeñaban su profesión en diferentes instituciones de salud de la ciudad de Medellín y que afrontaron eventos adversos. Se realizó el análisis y síntesis de los datos obtenidos a través de la técnica de análisis de contenido.

## Muestra

Para este estudio se estimó una población de doce participantes. Dicho número se determinó teniendo en cuenta la saturación de las categorías, en la que se entendió como el punto final del contenido situaciones en las que no se encontró más información novedosa ni otros elementos de información en las categorías preestablecidas en los objetivos. Para esta investigación no se excluyó información relevante.

## Muestreo

La elección de los participantes de este estudio fue por muestreo de conveniencia y bola de nieve. La selección de los participantes dependió de la disposición, colaboración y la diligencia con la que respondían a la invitación de participación.

## Criterios de inclusión y exclusión del estudio

### Inclusión

Fueron incluidas enfermeras con más de dos años de ejercicio de la profesión en el ámbito clínico y quienes, durante su trayectoria laboral, vivieron la experiencia de un evento adverso en la prestación de cuidados y dieron su consentimiento para ser entrevistadas.

### Exclusión

Enfermeras que no se encontraran trabajando en el momento del estudio.

## Técnicas de recolección de la información

Para la recolección de la información participaron dos investigadores con formación de maestría. Las entrevistas fueron realizadas por uno de los investigadores a través del contacto a los potenciales participantes de manera telefónica, por correo electrónico o WhatsApp. Se realizó una síntesis sobre los objetivos del estudio en el consentimiento informado que se hizo para los participantes. Se les envió un enlace de Google Meet con las respectivas indicaciones. Cumplida la citación y los requisitos, se les solicitó iniciar la grabación de la entrevista. Se realizaron algunas preguntas sociodemográficas y, posteriormente, se desarrolló la entrevista, que tuvo una duración máxima de sesenta minutos por cada participante. Se dispuso de un guion de temáticas orientadoras que abarcaran los aspectos básicos y esenciales bioéticos en la ocurrencia y afrontamiento de eventos adversos durante el proceso de cuidado de las enfermeras.

## Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Los datos fueron analizados por ambos investigadores de acuerdo con la técnica de análisis de contenido desde la primera entrevista, se prestó mucha atención y se tuvo en cuenta que los mensajes no

tenían un significado único, lo cual permitió observar los datos según múltiples visiones. Se hizo la descodificación a partir de la comprensión, de la preparación y de la forma como trabaja con los datos el investigador. La organización del análisis de contenido se realizó cumpliendo las etapas de preanálisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados (9). El análisis de la información se realizó de manera manual a través de la construcción de matrices de codificación y categorización en Excel y se trianguló con la revisión de la literatura realizada para la formulación del proyecto y la discusión. No se hizo devolución de los resultados a los participantes dadas las dificultades para concertar un espacio y un horario debido a sus responsabilidades laborales.

## Consideraciones éticas

Este estudio tuvo presente los principios éticos de beneficencia, respeto a la dignidad de la persona, confidencialidad y anonimato. Además, se contempló la Ley 1581 de 2012 que declara que toda persona que tiene contacto con datos personales está obligada a garantizar la reserva de la información incluso después de terminada la investigación. El anonimato fue un principio imprescindible en el desarrollo de este trabajo investigativo, en este orden de ideas, se guardó la privacidad e identidad de las personas; se tuvieron en cuenta los criterios éticos de la investigación que plantea la Resolución 8430 de 1993, la cual clasifica esta investigación como sin riesgo para su desarrollo; adicionalmente, todos los participantes firmaron el consentimiento informado (10). Por ser un proyecto sin riesgo, no fue necesario el sometimiento a un comité de ética y tampoco se hizo solicitud de autorización a las instituciones de salud, por ser un estudio cualitativo en el que los participantes se fueron obteniendo a través de un muestro por bola de nieve o por criterio.

## Resultados

El número de participantes para este estudio fue de doce. En la tabla 1 se pueden observar las características generales de los participantes, de los cuales nueve eran mujeres y tres eran hombres, el

rango de edad estuvo comprendido entre los 31 y 49 años; ocho de ellos se encontraban entre los 31 y los 40 años y cuatro entre los 43 y los 49, el promedio de edad fue de 38.66 años. Con respecto al estado civil, nueve de ellos eran casados, uno soltero, uno convivía en unión libre y uno separado. Con relación a la presencia de hijos, siete tenían hijos y cinco no tenían. En el nivel de formación, cuatro eran profesionales, tres tenían especialización y cinco contaban con maestría. Los años de experiencia profesional oscilaron entre los tres

y veinticinco; cinco de los participantes fluctuaban entre los tres y los once años, y siete entre los trece y los veinticinco años. El área de mayor trayectoria fue ocho de los participantes en cuidado intensivo, tres en hospitalización y uno en urgencias. Once de los doce participantes trabajaban para el sector privado y uno para el sector público.

De las entrevistas realizadas emergieron cuatro categorías y siete subcategorías que se describen a continuación y que se resumen en la tabla 2.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los participantes

| Entrevistado | Edad | Género | Estado civil | Número de hijos | Nivel de formación | Áreas                       | Años experiencia | Sector  |
|--------------|------|--------|--------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|------------------|---------|
| E1 JFAB      | 38   | M      | Casado       | 0               | Maestría           | Cuidado intensivo           | 15               | Privado |
| E2 GGCD      | 44   | F      | Separada     | 1               | Profesional        | Urgencias                   | 15               | Privado |
| E3 LLEF      | 31   | F      | Casada       | 0               | Profesional        | Cuidado intensivo           | 3                | Privado |
| E4 MAGH      | 49   | F      | Soltera      | 1               | Especialización    | Cuidado intensivo           | 25               | Privado |
| E5 ECIJ      | 43   | F      | Casada       | 2               | Especialización    | Cuidado intensivo pediatría | 13               | Privado |
| E6 CGKL      | 31   | M      | Casado       | 0               | Maestría           | Cuidado intensivo           | 5                | Público |
| E7 AOMN      | 35   | F      | Casada       | 1               | Profesional        | Cuidado intensivo           | 13               | Privado |
| E8 CPOP      | 48   | F      | Casada       | 1               | Especialización    | Cuidado intensivo           | 24               | Privado |
| E9 ALQR      | 40   | F      | Unión libre  | 2               | Profesional        | Cuidado intensivo neonatal  | 13               | Privado |
| E10 ECST     | 34   | F      | Casada       | 0               | Maestría           | Hospitalización             | 9                | Privado |
| E11 DOUV     | 37   | M      | Casado       | 0               | Maestría           | Hospitalización             | 11               | Privado |
| E12 NCWX     | 34   | F      | Casada       | 1               | Maestría           | Hospitalización             | 5                | Privado |

Fuente: elaboración propia (2022).

**Tabla 2.** Tabla de categorías y subcategorías

| Categoría                   | Subcategorías   |
|-----------------------------|---|
| Contexto del error          | 1.1 Condiciones que precipitaron al error                         |
|                             | 1.2 Barreras preventivas  |
| Percepciones y sentimientos | 2.1 Miedo   |
|                             | 2.2 Culpa   |
|                             | 2.3 Angustia  |
| Visión desde la bioética    | 3.1 Principios y aspectos bioéticos                               |
|                             | 3.2 Responsabilidad civil y profesional y aspectos del bioderecho |
| Reflexiones y aprendizajes  | No aplica   |

Fuente: elaboración propia (2022).

## Categorías

### Contexto del error

Hace referencia a narraciones que subyacen a partir de un error. A pesar de que se presentaron de manera diversa en cada uno de los participantes, existe una característica que está presente en todos los relatos y es que, a partir de la ocurrencia del evento adverso, se hace posible identificar las condiciones que precipitaron al error y las barreras existentes y susceptibles a implementar con el propósito único de prevenir o evitar que finalmente el desenlace sea un evento adverso. Sobresalen los errores derivados de la administración de medicamentos y otros similares como los errores en la hemotransfusión y la administración de nutriciones parenterales, los cuales se presentan con mayor frecuencia.

“(…) Fue una ocasión que administré el antibiótico equivocado al paciente equivocado (…)” (E5).

“(…) Me dispuse entonces a instalar la NPT\* y eh, verificar no sé, si a la ligera, no sé, si mecánicamente la verdad nunca concluí en que se fundamentó, el error eh, instalé la nutrición con los volúmenes invertidos (…)” (E9). \* NPT: nutrición parenteral total.

### *Condiciones que precipitaron al error*

Se define a partir de todas aquellas situaciones que favorecen la aparición de errores en el proceso del cuidado enfermero. Están implícitos diversos factores que involucran a la enfermera: la inexperiencia, el desconocimiento, funciones de transcripción manual y la falta de experticia. Para los participantes también están presentes condiciones inherentes a la persona, la dinámica y complejidad de los servicios asistenciales, la sobrecarga laboral, la adherencia a los protocolos institucionales, entre otros aspectos que favorecen o aumentan el riesgo de que se presente un evento adverso.

“(…) Yo estaba apenas iniciando, podría llevar seis meses, ocho meses en la unidad y era mi primer trabajo (…)” (E9).

“(…) Esa transcripción de una parte que ya está electrónica y está definida a un proceso que es manual, en una tarjeta, si bien el proceso no es el culpable, por decirlo así, yo creo que es un factor que contribuye (…)” (E10).

“(…) Esa dinámica del trabajo, que hace que estemos muy pendientes de mil cosas al mismo tiempo (…)” (E10).

### *Barreras preventivas*

Describe aquellos sucesos o situaciones que, de haber estado presentes, hubieran mitigado o evitado que se presentara el evento adverso. Las barreras preventivas identificadas por los participantes incluyen: el dominio y aprendizaje que se adquiere a través de la experiencia y le permiten ser más objetivo al actuar y lo llevan a tener un mejor juicio en el momento en que afronta la toma de decisiones y, algunas veces, dilemas bioéticos; la condición clínica de la persona permite responder de manera positiva a las consecuencias del error cuando no se encuentra en una situación crítica; concebir el riesgo como algo “plausible”, lo que fomenta actuar de forma cautelosa y discreta cuando se enfrenta a situaciones en las que predomina la presión por realizar múltiples actividades; la innovación a través de recursos tecnológicos en algunos procesos asistenciales en los que está implicada la enfermera, los cuales, al darles un uso responsable, favorecen la función de la profesional y la optimización del tiempo.

“(…) Es necesario concebir el riesgo como algo plausible y posible y a veces vemos el riesgo como por allá alejados de la realidad, como que a nosotros nunca nos fuera a pasar (…)” (E6).

“(…) Para mí, la innovación, la innovación a través de recursos tecnológicos sirve mucho para evitar eventos adversos (…)” (E10).

### *Percepciones y sentimientos*

Emerge como resultado de un alto contenido emocional, los participantes expresaron las percepciones, sentimientos y lo vivido durante la experiencia que tuvieron a través del evento adverso.

## **Miedo**

El miedo es definido como la sensación inicial percibida en el momento de la ocurrencia del evento adverso, a pesar de que se incurre de manera no intencional e involuntaria, los profesionales son conscientes de que se trata de sucesos prevenibles, lo cual causa preocupación y ambigüedad por la condición de la persona. Es percibido tanto sensitiva como fisiológicamente.

“(…) Principalmente, el sentimiento que reinaba era el miedo (…)” (E9).

“(…) Lo primero que se me vino a la cabeza, Dios mío, el pensamiento como tal fue maté el paciente [...] Dios mío, lo maté con esta transfusión (…)” (E4).

“(…) Es como la descarga adrenérgica, la parte fisiológica del desaliento en las piernas, las ganas de llorar y salir corriendo (…)” (E9).

## **Culpa**

Es interpretada como una sensación de remordimiento por las acciones que llevaron a que se presentara el evento adverso. Está ligada al inevitable pensamiento de haber actuado de manera diferente y que el desenlace hubiese sido otro. En esta categoría se evidencia la capacidad de la enfermera para responsabilizarse frente a sus acciones, de afrontar la situación. Se realizan autocríticas y cuestionamientos sobre por qué pasó, qué fue lo que sucedió y dónde estuvo el error para que llegara hasta ese punto.

“(…) Uno se pregunta mucho cómo, por qué, por qué me pasó, por qué me descuidé, qué fue lo que sucedió en mí para que se cometiera ese error (…)” (E10).

“(…) Sería ilógico pensar que uno se va a equivocar para poder hacerle daño al paciente, no, pero sí hay una culpa, sí hay una culpa por desconocer (…)” (E1).

“(…) Tan fácil se puede como equivocar uno, por no caer en cuenta, por no haber ido más allá, pues haber indagado más (…)” (E2).

## **Angustia**

Surge tras la preocupación de la persona y después de garantizar que se encontrara estable. La

angustia es causada por la incertidumbre sobre lo que va a pasar como consecuencia del evento y la responsabilidad no solo para el aspecto laboral, sino también para la moral por haber generado un daño en otra persona que, si bien no es intencional, no hace que sea percibida como de menor gravedad.

“(…) Me dio mucha angustia, ya qué voy a hacer, qué va a suceder, a quién le voy a dar la cara, eh, oh, oh como le voy a decir pues a la familia, eh después como le voy a decir a mi jefe (…)” (E7).

“(…) La angustia y, y, y el temor también por lo que va a pasar, por lo que viene (…)” (E4).

## **Visión desde la bioética**

Se extraen relatos de los participantes que hacen referencia a la forma de actuar frente a la situación vivida, a la manera de obrar bajo condiciones de mucho estrés. Hace referencia al conocimiento que tienen las enfermeras en relación con los principios bioéticos, los aspectos del bioderecho y su aplicabilidad. Se logró evidenciar que la mayoría de los participantes tienen un conocimiento básico sobre principios bioéticos, sin embargo, al profundizar en el análisis lograron identificar diferentes puntos de vista y fueron trascendiendo en su argumento. Relacionado con aspectos del bioderecho, se percibe en los participantes confusión conceptual y falta de solidez en su argumentación, lo que no permitió realizar un análisis más profundo sobre este aspecto.

### ***Principios y aspectos bioéticos***

Se percibe la importancia que tiene la aplicación de aspectos bioéticos para la enfermera en su desempeño laboral, especialmente, en todo lo relacionado con eventos adversos y errores en el proceso del cuidado enfermero. Tienen presente que su actividad profesional se traduce en bienestar o daño para la persona y la trascendencia de los valores y principios bioéticos en la toma de decisiones. Identifican haber aplicado el principio de beneficencia con base en el bienestar de la persona y no es percibido el daño de manera intencional o premeditada. Una vez que está presente el error y la persona queda expuesta al daño, se busca hacer el menor daño

posible, aplicando el principio de no maleficencia. Sin embargo, el análisis de los principios bioéticos de autonomía y justicia es más limitado y solo es mencionado por dos de los participantes, quienes cuentan con un nivel de formación más avanzado:

“(...) Buscar hacer el menor daño, ya que se cometió un error, buscar, pues, cómo enmendarlo lo más rápido posible y evitar que ese daño empeore, o sea, más daño para el paciente o para su vida (...)” (E5).

“(...) Hace falta mayor formación ética y bioética en los profesionales de salud [...] creo que esa formación ética y bioética, bueno tampoco es responsabilidad únicamente de las universidades (...)” (E6).

“(...) Yo consideraba que era lo correcto que iba hacer en el momento [...] uno hace las cosas creyendo que están bien (...)” (E12).

### *Responsabilidad civil y profesional y aspectos del bioderecho*

Hace referencia a esa responsabilidad que adquiere la enfermera derivada de incurrir en el error y la aplicabilidad de aspectos del bioderecho. La responsabilidad no solo frente al paciente, quien es el principal afectado, incluyendo la responsabilidad de asumir el error de notificar la situación de manera oportuna, de informar a la familia de la persona lo ocurrido y de ser consciente de las consecuencias que se deben asumir tras la acción insegura que produjo el error. Para los entrevistados no existe claridad con respecto a la responsabilidad civil y profesional, lo que denota vacío en aspectos legales, sin embargo, se evidencia una clara postura de los entrevistados frente a la responsabilidad que tienen como enfermera “delegamos las funciones, pero no las responsabilidades”, aún sin ser, necesariamente, el autor material del suceso. Se considera importante realizar una notificación oportuna y no hacerlo u ocultar el error es visto como algo inmoral. Relacionan la responsabilidad con la moral y con el valor de la honestidad. Ninguno de los participantes hace mención sobre la normatividad vigente para el ejercicio de la profesión, lo que denota vacíos de lo teórico y falta de

argumentación y aplicabilidad de este aspecto en la experiencia de un evento adverso.

“(...) Delegamos las funciones, pero no las responsabilidades (...)” (E12).

“(...) Del tema legal no manejo como, como muchos aspectos (...)” (E9).

“(...) Tenía el deber moral y el deber profesional de informarlo (...)” (E1).

“(...) Si el bebé hubiera tenido alguna complicación en el estado de salud o incluso si hubiera muerto, pues obviamente la implicación legal no esperaría por mí (...)” (E9).

### **Reflexiones y aprendizajes**

Son evidenciadas oportunidades de mejora que tienen como objetivo principal evitar que eventos similares se presenten de nuevo. En esta categoría, las enfermeras describen aprendizajes para sí mismas y su desempeño laboral. También, identifican acciones de mejora institucional y a nivel grupal. El principal aprendizaje manifestado por los entrevistados es adquirir mayor consciencia de la condición de vulnerabilidad que lleva consigo el ser humano frente al error y que por esto se hace necesario actuar de manera cautelosa y precavida, teniendo presente realizar procesos de doble verificación y buenas prácticas, especialmente en actividades en las que se adjudica la responsabilidad del cuidado de personas. Destacan el reporte como una prioridad fundamentada, en primer lugar, para el bienestar de la persona y, en segundo lugar, en la elaboración de planes y acciones de mejora.

“(...) Cuando de verdad identificamos un riesgo, pues digamos, creamos que de verdad es un riesgo, hagamos algo para que no, para que no se materialice, ese creo que fue el, el principal aprendizaje (...)” (E6).

“(...) Eso para las instituciones, mmm, genera medidas y estrategias de cambio en, en las conductas y, y de análisis y situaciones, pues que lleven a mejorar la calidad y a contribuir con que todo funcione de la mejor manera ideal (...)” (E9).

### **Discusión**

Para las enfermeras, el evento adverso significa mucho más que hablar del acto inseguro de

cuidado y las causas que condujeron a que se presentara. Afrontar la experiencia de un evento adverso, permite identificar diversos contextos que incluyen los sentimientos percibidos, las barreras existentes para prevenir los errores, la responsabilidad adquirida frente a la toma de decisiones y diversos aprendizajes y enseñanzas. En cada una de estas situaciones se encuentran implícitos aspectos bioéticos que no se limitan únicamente a la aplicabilidad o vulneración de los principios bioéticos. Esta experiencia favoreció la creación de un espacio para la reflexión en torno al significado del cuidado enfermero y el impacto que tiene sobre la enfermera que incurre en la presentación de un evento adverso y sobre las personas que sufren las consecuencias. Para la profesión de enfermería cuidar significa mucho más que proteger y satisfacer las necesidades de la persona, es ser éticamente competentes, realizando una labor basada en el respeto. Tomar decisiones oportunas es demostrar que es la persona la principal razón de la competencia enfermera (11).

El contexto del error como una de las categorías de este estudio se define a partir de las generalidades en torno al error. Este es percibido como una condición inherente a los seres humanos y siempre estará presente en cualquier tipo de actividad. En esta categoría se identifican diversos tipos de eventos. Sin embargo, el error en la administración de medicamentos es el que más se destaca, pues esta función es responsabilidad de la enfermera y una actividad que implica eventos adversos graves o de impactos significativos (12). En contraste con lo anterior, en el estudio los *Factores relacionados con los eventos adversos en enfermería, una revisión documental* se argumenta que, de todos los eventos adversos reportados por las enfermeras, el evento que más se identifica es el error en la administración de medicamentos (13).

Derivado del contexto del error, aparecen las condiciones que lo precipitan, subcategoría en la que se identifican todas aquellas situaciones en torno al error que favorecieron su ocurrencia. Existen múltiples factores que se atribuyen como favorecedores, entre ellos, las condiciones de la persona como la condición crítica y las edades avanzadas, otras relacionadas con la falta de conocimientos y

experticia por parte de la enfermera, en la que se hace evidente que a mayor nivel de experticia y conocimientos más sólidos, mejor es el criterio en la toma de decisiones, el cual proporciona la capacidad de identificar alertas cuando afronta conductas o sucesos inusuales (14). De hecho, la misma legislación que rige la profesión de enfermería en Colombia expresa que la enfermera es responsable de actualizar sus conocimientos y su contextualización en relación con los cambios a nivel socio-cultural y demográficos de la población atendida, tal como está descrito en el artículo 4 de la Ley 266 de 1996 (15). Por otra parte, el ejercicio práctico de la profesión de enfermería se realiza bajo una dinámica interprofesional, interdisciplinaria y transdisciplinaria, que apoya al desarrollo y trabajo de otras profesiones con su cuerpo de conocimientos y habilidades abordadas durante su proceso de formación, la experiencia, la investigación y la formación actualizada (16).

Por su parte, la sobrecarga laboral es considerada como un factor que incide en la ocurrencia de eventos adversos, expresado en los relatos de los participantes de este estudio y evidenciado en otros estudios sobre eventos adversos revisados aleatoriamente (17), en los que se pudo determinar que había exceso de carga laboral según la relación enfermera/persona, lo que lleva a que se afecte la calidad de la atención a las personas (18). La gran cantidad de tareas designadas a la enfermera hacen que deba prestar atención a múltiples asuntos al mismo tiempo, lo que suscita distracción y falta de concentración en las actividades que requieren la atención directa con la persona y, consecuentemente, se presentan eventos adversos. Según las enfermeras que están expuestas a mayor carga laboral tienen mayor riesgo de equivocarse y causar un evento adverso (19).

Cuando la enfermera afronta la experiencia de un evento adverso puede identificar las barreras preventivas con el objetivo de fortalecerlas y visibilizarlas como parte fundamental en el camino hacia la prevención de nuevos eventos adversos. Una de las barreras mencionadas es la habilidad práctica que adquiere la enfermera desde la academia que se ve incrementada con la experiencia y el aprendizaje a través del desempeño profesional.

Afirmación que se puede constatar con un estudio realizado por Garza *et al.* (20) en el que se logró evidenciar que las enfermeras con conocimientos previos en cuidado crítico estaban más relacionadas con las medidas de prevención de úlceras por presión.

La identificación del riesgo como algo plausible es fundamental en la prevención de eventos adversos, al tener la capacidad de hacer real la posibilidad de equivocarse. Es un acto no solo de responsabilidad consigo mismo, sino con la persona, esto permite considerar que el daño no siempre puede evitarse a pesar de los esfuerzos, lo que nos recuerda nuestra semejanza con la víctima, nuestra propia condición de vulnerabilidad (21).

Para algunos de los participantes, se consideró una barrera preventiva la utilización de herramientas tecnológicas que simplifican actividades y se traducen en una mejor optimización del tiempo, lo cual concreta la posibilidad de realizar algunas tareas que requieren mayor concentración, de hecho, algunas tecnologías, como las que han permitido desarrollar, por ejemplo, las cirugías mínimamente invasivas, suponen una reducción notable del riesgo (22).

La categoría percepciones y sentimientos da cuenta de todo aquello sentido por las enfermeras durante la experiencia del evento adverso. Los profesionales de la salud experimentan una angustia emocional y física y sentimientos de culpa, ira y miedo. Dichas percepciones se hacen relevantes al destacar a la enfermera como profesional responsable, pero sin olvidar la importancia que como ser humano conduce al error y el fuerte impacto que genera en ella. Si bien la persona es el principal afectado, hay que considerar al profesional que incurre en el error. Esto lo sitúa como segunda víctima, que no actúa de manera premeditada con el fin de causar daño al paciente (23). De ahí la importancia de abordar el análisis de acuerdo con una perspectiva general y no punitiva, lo que supone establecer la diferencia en el resultado final del análisis de lo ocurrido. Este impacto emocional afecta considerablemente la vida personal de la segunda víctima, además de suponer una pérdida de la reputación profesional, así como generar desconfianza. Desfavorece la buena voluntad hacia las personas, pues

tiende a magnificarse y a perpetuarse en el tiempo cuando la estrategia institucional se centra en las personas y no en el modelo sistémico.

Es importante resaltar que estas intensas emociones hacen evidente como hallazgo secundario la gran vocación, el alto sentido del deber y los elevados estándares de práctica que tiene la enfermera. Se perciben sensaciones relacionadas con sentimientos que las enfermeras identifican según el momento de la experiencia. Inicialmente es percibido el miedo como sentimiento inmediato, el miedo por la situación de la persona y las posibles consecuencias del error en él. Luego de un error, es lógico que la prioridad sea atender las necesidades de las personas afectadas (23).

El miedo se deriva del pensamiento recurrente enfocado al peor panorama para la persona, por la responsabilidad de dañar a otro, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la persona ya estaba cursando con un cuadro clínico crítico y cualquier condición adicional lo hace más vulnerable a empeorar. Es identificado el miedo como efecto psicológico secundario al evento adverso (23).

La culpa es otro de los sentimientos percibidos y está relacionada con la manera en que la enfermera se identifica como principal profesional responsable del cuidado. En muchas ocasiones pasan por estados de negociación, culpabilidad y arrepentimiento por sus acciones. La culpa surge de manera secundaria a la evidencia del evento adverso como una situación prevenible y que, a pesar de ello, se incurre en el error. La culpa es identificada como consecuencia emocional secundaria al evento adverso. Aparecen cuestionamientos y autocríticas sobre la forma en que se actuó y reevalúan la situación repetidamente con preguntas del tipo “qué hubiera pasado si hubiera hecho esto o aquello”.

La angustia también forma parte de uno de los sentimientos experimentados durante la ocurrencia del evento adverso. Se documenta que las enfermeras y el resto de personal implicado en eventos adversos evitables experimentan gran angustia y estrés, sentimiento que se experimenta de manera posterior a que se ha garantizado la estabilidad de la persona. Está ligado a las consecuencias del error en aspectos como el desempeño laboral,

la percepción de la familia de la persona frente al evento y por el daño ocasionado a la persona visto según una perspectiva moral (24).

En coherencia con el título de esta investigación y como principal objetivo de esta, se define la visión desde la bioética como una de las categorías, la cual surge a partir de indagar y evidenciar entre los entrevistados la aplicabilidad de aspectos bioéticos en la experiencia de un evento adverso y la responsabilidad civil y profesional adquirida. En esta categoría, se destaca la forma de actuar de la enfermera frente a una situación que está cargada de presión psicológica y estrés emocional.

Se hace evidente la importancia que cobra la formación en bioética de las enfermeras, la cual favorece positivamente la toma de decisiones y fomenta una conciencia moral basada en valores y principios éticos en el ejercicio profesional; solo quien logre conjugar estas habilidades, establecerá *phrónesis* (sabiduría práctica) para conjugar tanto el saber teórico como la reflexión moral de la bioética (25).

Aún al margen del contexto de un evento adverso, la enfermera se identifica a sí misma como profesional responsable frente a su labor. Sobre todo, dimensiona la responsabilidad civil y profesional que adquiere por tener a cargo el cuidado de otros, pero no identifica la aplicabilidad de la legislación que rige la profesión de enfermería en torno a la responsabilidad en su desempeño laboral, específicamente en la ocurrencia de un evento adverso.

Otro aspecto importante para destacar es el nivel de conocimientos sobre los principios bioéticos y su aplicabilidad en la experiencia por parte de las enfermeras; en este, se identifican mejores argumentos por parte de los profesionales con un mayor nivel de formación. Existen deficiencias de carácter ético y moral que provienen de una historia social, política y cultural de las enfermeras y de todas las circunstancias que intervienen durante su formación (26).

El principio de no maleficencia o *primum non nocere* derivado de todo acto de cuidado, considera a la enfermera como un sujeto competente y responsable que tiene como fundamento de su actuación no producir daño. Una vez está presente el

daño como consecuencia de un error, la enfermera busca ejecutar todas las medidas necesarias para mitigar las secuelas y garantizar el menor daño posible, así como respetar la integridad física, social y psicológica de la persona (27).

El principio de beneficencia se encuentra implícito en el conjunto del cuidado profesional cuyo objetivo primordial y fin último es el bienestar de la persona. El principio de beneficencia constituye un argumento moral contra los errores por comisión u omisión. El daño generado a la persona consecuente al evento adverso es algo que la enfermera considera como no intencional, por el contrario, se convierte en una obligación moral actuar en beneficio de la persona. El principio de beneficencia es aplicado en la práctica de enfermería cuando su desempeño está enfocado al restablecimiento de la salud, la satisfacción de necesidades y a establecer un plan de cuidados para la persona (28).

En la experiencia de la enfermera frente a un evento adverso, es aplicado el principio de beneficencia cuando el bienestar de la persona está por encima del beneficio propio y el error es notificado de manera oportuna para garantizar la atención prioritaria que la persona requiere. Además, el principio de beneficencia está amparado por la legislación colombiana en el artículo 35 de la Ley 1164 de 2007, la beneficencia está contemplada como uno de los principios bioéticos del talento humano en salud; en el artículo 2 de la Ley 266 de 1996, se propone la calidad como uno de los principios de la práctica profesional y en su definición está implícito que las acciones de cuidado deben ser eficientes, lo que lleva a un cuidado en pro del bienestar de la persona (3).

El principio de beneficencia se encuentra inmerso en otros valores que la enfermera pone en práctica en su experiencia frente a un evento adverso derivado del cuidado profesional, valores como la compasión, la empatía, la solidaridad y la capacidad de reacción. Con respecto al principio de autonomía, a pesar de que solo fue mencionado específicamente por uno de los participantes del estudio, los demás participantes lo abordaron a través del análisis de la situación. Este principio comprende la acción autónoma basada en intencionalidad, conocimiento y ausencia de

constricción; información veraz y clara a través de un lenguaje comprensible, capacidad de escucha, empatía y comprensión de la situación, deseos y expectativas de la persona (15).

La autonomía siempre está inmersa en el acto de cuidado enfermero desde que se establece el plan de cuidados (se tiene en cuenta las condiciones de la persona y las expectativas que tiene del tratamiento), cuando se brinda atención directa (se informa y se solicita consentimiento al paciente sobre los procedimientos a realizar) y cuando se presentan fallas en el proceso que infortunadamente producen algún tipo de daño en la persona, se origina un evento adverso, en ese momento el profesional de enfermería vela por el cumplimiento del principio de autonomía cuando aboga por ese paciente al enfocar sus esfuerzos en la reparación del daño y cuando se informa al paciente o a la persona responsable de este sobre lo ocurrido. La autonomía es un principio bioético al que todas las enfermeras están llamadas a velar por su cumplimiento; está descrito en el artículo 2 de la Ley 911 de 2004, en el artículo 35 de la Ley 1164 de 2007 y a través del concepto de dialogicidad expuesto en el artículo 2 de la Ley 266 de 1996 (15).

Por su parte, el principio de justicia fue mencionado por uno de los participantes del estudio, para los demás participantes no hubo claridad de la aplicación de este principio en su experiencia. La justicia está descrita como un principio de la enfermera enmarcado en la Ley 266 de 1996 (15). Adicionalmente, el código de ética del CIE para las enfermeras contempla la justicia como uno de los valores profesionales, que se menciona también en la Ley 911 de 2004 (3).

A la luz de los eventos adversos derivados del cuidado enfermero, el principio de justicia es vulnerado cuando son utilizados recursos en personas cuya condición de base no los requería, pero que son necesarios para la reparación del daño ocasionado por el error, recursos que pueden ser destinados en la atención de otras personas. También, cuando el análisis del error se basa en lo punitivo y se da paso a la atención defensiva y, con esta, el gran impacto que genera en el coste y la utilización de recursos. De igual manera, cuando las acciones inseguras recaen sobre poblaciones vulneradas o

con condiciones especiales de salud o por sus diferencias físicas, religiosas o de cualquier otro orden.

Con respecto a la responsabilidad civil y profesional y los aspectos del bioderecho, es una subcategoría que emerge de la responsabilidad que adquiere la enfermera frente a sus actos y las consecuencias de estos, específicamente en la ocurrencia de un evento adverso y los aspectos del bioderecho que se encuentran inmersos en la situación. En cuanto a estos temas, se aprecian afirmaciones que denotan confusión en los entrevistados. Inevitablemente, el cuidado enfermero está inmerso en la vida civil y, por lo tanto, debe hacer suyos los valores civiles tal como lo exige el código deontológico de la profesión enfermera y esto supone que la formación profesional promueva competencias éticas civiles en los profesionales en formación. (3)

Sin embargo, es preocupante que las enfermeras desconozcan aspectos de tipo legal como la normatividad que rige la profesión de enfermería. En la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031, numeral 1.1, las leyes de enfermería y su cumplimiento, afirma:

Aunque aún hay mucho desconocimiento de las leyes de enfermería en Colombia, no solo por parte de las y los propios profesionales, sino de los demás actores del sistema de salud, que ha impedido su implementación total y ha favorecido el incumplimiento de las mismas (5, p. 8).

La legislación colombiana que rige la profesión enfermera establece la responsabilidad que conlleva el ejercicio profesional. Por ejemplo, en el artículo 11 de la Ley 911 de 2004 determina que “en el ejercicio de la enfermería, el profesional debe garantizar que los cuidados brindados sean de experticia, calidad y humanidad hacia la persona que recibe los mismos”. No obstante, sin dejar de lado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación con los cuidados y el medio, hay que tener en cuenta que no es un cuidado de resultados. La ética en el cuidado enfermero deberá tener en cuenta las circunstancias y las condiciones que rodearon los hechos y las precauciones que pudo haber aplicado el profesional para haber brindado un cuidado diligente, prudente y pertinente (29).

Con respecto a la delegación de actividades de cuidado por parte de la enfermera, el artículo 8 de la Ley 911 de 2004 establece:

El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado enfermero al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

Es decir, el que algunas funciones sean delegadas no exime a la enfermera de su responsabilidad frente al resultado de la atención; puntualmente, el tema de la administración de medicamentos genera controversia para la profesión en Colombia debido a que es una actividad que en muchas de las instituciones de salud es realizada por el auxiliar de enfermería, quien no tiene la formación adecuada para ejercer esta función, lo que propicia un mayor riesgo de que ocurran eventos adversos asociados a este proceso.

De forma general, en este estudio, los entrevistados consideraron importante notificar a la familia de la persona el error cometido, sin embargo, algunos no lo hicieron y otros simplemente no lo mencionaron (29). Es una obligación por parte de la enfermera notificar a la persona o su familiar responsable sobre cualquier situación que se derive de la prestación del cuidado (incluido los errores con o sin consecuencias relevantes en su estado de salud), lo que se recoge en el artículo 14 de la Ley 911 de 2004: “La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información” (29).

La responsabilidad fue dimensionada a partir de asumir las consecuencias del evento y reportarlo de manera inmediata y oportuna, lo cual es visto como la decisión correcta que refleja un compromiso no solo con la seguridad de la persona, sino también un compromiso institucional. Se considera no ético y deshonesto ocultar la información al considerar que atenta contra la integridad física de la persona afectada. En contraste con este estudio, fueron encontradas referencias que identifican una tendencia a ocultar la información, principalmente, por temor a las sanciones disciplinarias y la

mayoría de las enfermeras expresan que algunos errores no se reportaron por temor a las reacciones negativas por parte de sus supervisores (77 %) o colegas (61 %) (30).

Al realizar un análisis más profundo y consciente del significado de la palabra responsabilidad derivada de la praxis de enfermería, emergen algunas expresiones que la identifican como algo más que un asunto disciplinar. Se percibe como un compromiso moral que involucra la conciencia de hacer lo correcto sin necesidad de ser impuesto, una conducta voluntaria que adquiere la enfermera. La enfermería es considerada una práctica moral porque tiene implícito un comportamiento ético basado en una virtud moral por la que se adquiere una responsabilidad.

## Conclusiones

La experiencia que vive la enfermera ante un evento adverso se convierte en un escenario abierto a las reflexiones y aprendizajes, enmarcados en la premisa de evitar que errores similares sucedan de nuevo. Quizás el aprendizaje más relevante identificado por los participantes de este estudio es promover la conciencia de autorreconocerse como ser humano que tiene la condición implícita de errar. En consecuencia, sin liberarse de la responsabilidad que implica el ejercicio de la profesión, se resalta la importancia de actuar de forma cautelosa y precavida, sobre todo en situaciones en las que se compromete la vida de la persona o su integridad. Esto conlleva una oportunidad de mejora que permite dar a conocer y visibilizar en las instituciones las experiencias relacionadas con los eventos adversos y que otros aprendan de esa experiencia para prevenir futuros eventos adversos de esta magnitud.

Tras el afrontamiento de uno o varios eventos, siendo algunos partícipes de su análisis, las enfermeras identifican que muchos de los eventos adversos, generalmente, son producto de carencias a nivel organizacional, lo que invita a que sean analizados de manera global y no individual, con el fin de evitar enfocar los esfuerzos y las estrategias en lo punible. La experiencia de un evento adverso presente en el cuidado brindado por enfermeras

permite identificar que es posible llevar a cabo la aplicación de aspectos bioéticos, los cuales se encuentran implícitos en la actuación frente a la situación.

## Referencias

1. Myers C, Stockwell D. The high cost of harm. *Mayo Clin Proc.* 2022;97(2):205-7.
2. Dalla C, Junges J. Segurança do paciente e aspectos éticos: revisão de escopo. *Rev Bioét.* 2021 jun;29(2):304-16.
3. Consejo Internacional de Enfermeras [CIE]. El Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería revisado refleja las lecciones extraídas de la pandemia de COVID-19. CIE [Internet]. 2021 oct 20. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-codigo-deontologico-del-cie-para-la-profesion-de-enfermeria-revisado-refleja-las>
4. Garrafa V. Bioética y el derecho al acceso a los cuidados de salud. *Salud Colect.* 2023 sept 7;19: e4491.
5. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 755 de 2022 [Internet]. 2022 may 12. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=123718&dt=S>
6. Araujo-Rosero O, Guerrero-Lasso P, Matabanchoy-Tulcán S, Bastidas-Jurado C. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Univ Salud.* 2021dic 3;23(3):351-65.
7. Torijano-Casalengua M, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria.* 2016 mar;48(3):143-6.
8. Hernández-Sampieri DR. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Mc Graw Hill educación; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
9. Alegre M. Relevant aspects of techniques and instruments in qualitative research. *Poblac Desarrollo.* 2022 jun 30;28(54):93-100.
10. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 1993 oct 4. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
11. Yáñez K, Rivas E, Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz.* 2021 jun 11;10(1):03-17.
12. Ortega M, Marín D. Prácticas seguras en administración de medicamentos en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Investig Educ En Cienc Salud RIECS.* 2021 nov 30;6(2):11-26.
13. Heredia S, Veloza M. Factores relacionados con los eventos adversos en enfermería. *Doc Trab Areandina* [Internet]. 2021 sept 20 [citado 28 de marzo de 2024];(1). Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/DT/article/view/1902>
14. Lopez M, Reyes I, Almeida A, Andrade K, Salazar B. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en Colombia: Experiencia de Sistematización. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip.* 2024 feb 8;8(1):1702-17.
15. Colombia - Congreso de la república. Ley 266 de 1996 [Internet]. 1996 ene 25. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
16. Dávila Rengifo C, Castiblanco Castiblanco A. Una mirada actual de los eventos adversos en salud. *Bogotá Fund Univ Área Andina* [Internet]. 2021 [citado 28 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4158>
17. Saltos M, Pérez C, Suárez R, Linares SML. Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2018 sept 14 [citado 28 de marzo de 2024];34(2). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170>
18. Escorcía J, Gómez de Rubio G, Fuentes M, Torres L, Lastre G, Taurus J. Recarga laboral en enfermería y su relación con eventos adversos año 2017. 2017. Disponible en: <https://acortar.link/uXJ5b5>
19. Lopez De Figueiredo M, D’Innocenzo M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. *Enferm Glob.* 2017 jun 28;16(3):605.
20. Garza R, Meléndez MaC, Fang M, González J, Castañeda-Hidalgo H, Argumedo N. Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. *Cienc Enferm.* 2017 dic;23(3):47-58.
21. Figueroa AF, Hernández J. Hospital security. A vision of multidimensional security. *Rev Fac Med Humana.* 2021 ene 12;21(1):154-63.

22. Riera-Vázquez NA, Gutiérrez-Alba G, Reyes-Morales H, Pavón-León P, Gogeochea-Trejo MC, Muños-Hernandez J. Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *J Healthc Qual Res.* 2022 jul;37(4):239-46.
23. Mallea-Salazar F, Ibaceta-Reinoso I, Vejar-Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Rev Chil Salud Pública.* 2021 oct 27;25(1):76-85.
24. González-González A, Redondo-González O, Domínguez-Osorio I, Quero Palomino V, León Velasco M, Polo Montes F. Impacto laboral y psicológico de las segundas víctimas entre los profesionales sanitarios hospitalarios. *J Healthc Qual Res.* 2023 nov;38(6):329-37.
25. Lizana J. Sobre las virtudes intelectuales en la Ética Nicomáquea. *RCA.* 2023 nov 23;1(3):107-22.
26. Blasco-León M, Ortiz-Luis S. Ética y valores en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;145-9.
27. Sánchez Aragón S. Seguridad del paciente y bioética en el acto del cuidado. *Ética Los Cuid* [Internet]. 2016 [citado 28 de marzo de 2024];9(17). Disponible en: <https://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10944.php>
28. López Vélez L, Zuleta Salas G. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum.* 2020 agos 1;62(174):1-30.
29. Colombia - Congreso de la república. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004 oct 5. Disponible en: [https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
30. Feito GL. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enferm Clínica.* 2005;15(3):164-74.