

PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Ximena Alejandra Navarro Maldonado¹ 
Eliane Regina Pereira do Nascimento² 
Daniele Delacanal Lazzari² 

¹Universidad de Magallanes. Magallanes, Punta Arenas, Chile.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: identificar como los enfermeros notifican los eventos adversos; conocer los elementos que influyen a una notificación de los eventos adversos y que estrategias sugieren para notificación.

Método: estudio cualitativo, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial, realizado en una unidad de paciente crítico de un centro de salud privado en la región de Magallanes, Chile. Participaron del estudio trece enfermeros, por medio de entrevista y grupo de discusión.

Resultados: los enfermeros que realizan notificación de eventos adversos lo hacen de forma verbal y escrita a la enfermera coordinadora inmediatamente. La no realización de notificación de eventos adversos se da, principalmente, por el desconocimiento de cultura de seguridad, el temor a represalias y castigos dentro del ambiente laboral. Como estrategias para la notificación de eventos adversos se sugiere educación continua con respecto a cultura de seguridad, crear conciencia y confianza en que notificar un error no va a tener una respuesta punitiva y que del error se realizara un plan de mejora que evite cometer el mismo error en otra oportunidad, mejorar la comunicación y el liderazgo.

Conclusión: a pesar que los enfermeros notifiquen la ocurrencia de evento adverso, existe la preocupación de la sanción, señalando la necesidad de revisar la cultura de seguridad del paciente en una unidad de paciente crítico en el contexto de estudio.

DESCRIPTORES: Enfermería. Unidad de cuidados intensivos. Seguridad del paciente. Notificación. Personal de enfermería.

CÓMO CITAR: Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP, Lazzari DD. Profesionales de enfermería y la notificación de los eventos adversos. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acceso MES AÑO DIA]; 29(Spe): e20190282. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0282>

NURSING PROFESSIONALS AND ADVERSE EVENT REPORTING

ABSTRACT

Objective: to identify how nurses report adverse events; to know what elements influence adverse event reporting and which reporting strategies they suggest.

Method: qualitative study with a convergent care research design, conducted in a critical patient unit of a private health center in the region of Magallanes, Chile. Thirteen nurses participate in the study, through interviews and a discussion group.

Results: the nurses who report adverse events do so verbally and in writing to the nurse coordinator immediately. Failure to report adverse events is mainly due to lack of knowledge of the safety culture, fear of reprisals and punishment within the workplace. As adverse event reporting strategies, they suggest continuing education about the safety culture, raising awareness and trust in that error reporting will not be met with punishment and that the error will lead to an improvement plan that avoids committing the same error on another occasion, improving communication and leadership.

Conclusion: although nurses report adverse events, they are concerned with punishment, indicating the need to review the patient safety culture at a critical care unit in the study context.

DESCRIPTORS: Nursing. Intensive care units. Patient safety. Notification. Nursing staff.

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

RESUMO

Objetivo: identificar como os enfermeiros relatam eventos adversos; conhecer os elementos que influenciam a notificação de eventos adversos e quais estratégias eles sugerem para a notificação.

Método: estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial, realizada em uma unidade de pacientes críticos de um centro de saúde privado da região de Magallanes, Chile. Treze enfermeiros participarão do estudo, por meio de entrevista e grupo de discussão.

Resultados: enfermeiros que relatam eventos adversos ou o fazem verbalmente e por escrito ao enfermeiro coordenador imediatamente. O não relato de eventos adversos ocorre principalmente devido à falta de conhecimento da cultura de segurança, medo de retaliação e punição no local de trabalho. Como estratégias para relatar eventos adversos, sugerimos educação continuada em relação à cultura de segurança, criando consciência e confiança de que relatar um erro não terá uma resposta punitiva e que um plano de melhoria será feito para evitar cometer o erro. errar outra vez, melhorar a comunicação e liderança.

Conclusão: apesar dos enfermeiros relatarem a ocorrência de um evento adverso, existe uma preocupação com a punição, apontando a necessidade de rever a cultura de segurança do paciente em uma unidade crítica de pacientes no contexto do estudo.

DESCRITORES: Enfermagem. Unidade de cuidados Intensivos. Segurança do paciente. Notificação. Equipe de enfermagem.

INTRODUCCION

La aparición de errores / eventos adversos derivados de la atención y la atención de enfermería está estrechamente relacionada con la adopción de una cultura de seguridad. Se considera una cuestión fundamental en la práctica clínica. Evitar conscientemente la ocurrencia de cualquier tipo de lesión causada a los pacientes debido a la terapia, los procedimientos y la conducta adoptados es objetivo en todos los escenarios de atención médica.¹

A través de estudios epidemiológicos, la alta incidencia de eventos adversos ocasionados por error humano demostrada frecuentemente, indicó la necesidad de repensar y modificar los modelos de atención, vinculándolos a las innumerables campañas, programas y proyectos mundiales que guían las acciones del equipo de salud.²

La forma en que se interpretan los errores en el cuidado de la salud y la conducta adoptada ante ellos mantiene la comprensión de las posturas punitivas u ocultas. El cambio en este escenario se basa en la comprensión de los administradores de salud para entenderlo según sea necesario, y a veces tales eventos adversos a menudo están relacionados con las fallas del sistema de salud en sí y sus procesos. Identificar las potencialidades y debilidades de los equipos de salud ante eventos adversos se vuelve esencial, facilitando la adopción de medidas preventivas y la confianza entre los profesionales.²

Informar eventos adversos es parte de la gestión de la atención médica, por lo tanto, parte de las responsabilidades de administrar y ayudar a las enfermeras. El establecimiento de un sistema de notificación permite a los profesionales compartir responsabilidades y desarrollar acciones integradas con la lógica de la educación continua y continua en el servicio.²

Un estudio que tuvo como objetivo identificar la relación entre el número de pacientes atendidos por una enfermera y la ocurrencia de eventos adversos,³ encontró que un mayor número de pacientes por enfermera aumentó la incidencia de eventos adversos. También identificó que los malos entornos laborales también favorecen este aumento. Las organizaciones de salud deben establecer políticas y procedimientos específicos para un relato y divulgación de eventos adversos. Considerando las necesidades de poder desarrollar estrategias, producto de acciones direccionadas por los gestores, profesionales y usuario de salud, sobre seguridad de paciente, que posibilite una promoción de seguridad de paciente.¹

Además, hay una mayor concientización, a nivel nacional de que los profesionales necesitan ser educados en relación con las providencias a ser tomada ante las fallas e incentivados a asumir una actitud honesta frente al error, sin miedo a las puniciones e involucrados en la búsqueda de una asistencia segura para los pacientes.⁴ La notificación voluntaria de eventos adversos se ha convertido en un instrumento esencial en la mejora de la Calidad en los sistemas de salud, es importante que el profesional tenga claridad de informar en forma oportuna los errores cometidos, con el fin de lograr revertir la situación si se considera de alto riesgo para el paciente.⁵

Un estudio que analizó los informes de incidentes de seguridad del paciente encontró que dichos informes eran principalmente de enfermeras, aunque la responsabilidad de la seguridad del paciente no debería centrarse únicamente en un profesional.⁶ Ante lo expuesto en este estudio tiene como objetivos identificar como los enfermeros notifican los eventos adversos; conocer los elementos que influyen una notificación de los eventos adversos y que sugieren de estrategias para notificación.

MÉTODO

Este estudio es de modalidad cualitativa, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial (PCA). Es un enfoque que se relaciona directamente con el contexto de la práctica. El problema a investigar radica en la práctica. Este diseño se basa en una propuesta que surge de la necesidad de implementar

medidas que produzcan cambios importantes en la práctica asistencial de salud, especialmente en la práctica de enfermería, generando así que el investigador se involucre en el contexto investigado, siendo parte tanto de la práctica como de la investigación. A PCA presenta cinco fases de procedimientos que son: fase de concepción, de instrumentación, de perscrutación, de análisis y de interpretación, estas fases se interrelacionan, no actúan de forma lineal como son presentadas. Na fase de concepção são contemplados problema do estudio, objetivos y soporte teórico. La siguiente fase, llamada instrumentación, incluye la descripción del sitio de estudio, quiénes son los participantes e as técnicas de coleta de dados. En la fase de prescripción se presenta cómo se recopilaban los datos. El escrutinio indicará cómo se recopilarán los datos. Y finalmente, ocurren los pasos de análisis e interpretación de datos.⁷

La fase de concepción se inició con la identificación del área en estudio, con las interrogantes relacionadas con el problema. Durante el año 2017 a UTI, contexto deste estudio, se presentaron 136 notificaciones de eventos adversos siendo los más frecuentes relacionados con las practicas asistenciales de enfermería, clasificados dentro de errores de administración de medicamentos, flebitis química, úlceras por presión y auto retiros de catéteres invasivos. Durante el año 2018 las notificaciones han aumentado a 196 de éstas un 27% de flebitis química, 19,3% corresponden a auto retiros de invasivos, un 15,3% errores de medicación durante la administración y un 13,7% úlceras por presión grado 1 y 2 y un 24,7% de notificaciones relacionado con otro tipo de eventos adversos. Es importante destacar que en la unidad existe alrededor de 350 egresos anuales. Ante esta situación, el estudio tuvo como pregunta orientadora cómo se produce la notificación de eventos adversos por parte de las enfermeras y sugiere medidas para que se lleven a cabo las notificaciones.

Quanto a fase de instrumentação, el estudio fue realizado en una Unidad de Paciente Critico de un Centro de Salud privado en la ciudad de Punta Arenas, región de Magallanes, Chile, com profesionales de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y los grupos de discusión. Los grupos de discusión posibilita el quiebre de la tradicional relación vertical que existe entre el profesional de salud y el sujeto de su acción, siendo una estrategia facilitadora de la expresión individual y de las necesidades, expectativas circunstancias de vida que influyen la salud.

En la fase de perscrutacion se desarrollan las estrategias para dar a conocer la forma de obtención de datos. Las entrevistas se realizaron con las 13 enfermeras de la unidad, que aceptaron a través de su firma en el consentimiento informado. Las entrevistas fueron individuales, grabadas, con una duración promedio de 30 minutos por cada profesional. Se les pidió a los participantes que hablaran sobre cómo llevaron a cabo la notificación del evento adverso, lo que justificó el motivo de la notificación y cualesquiera que sean las nuevas medidas de notificación. Los participantes fueron identificados por la letra E, de enfermera seguida del número correspondiente al orden de la entrevista.

En cuanto al grupo de discusión se realizaron tres encuentros en un lugar reservado en la UTI, la cual cuenta con una mesa grande con sillas cómodas, calefacción central y un televisor en la pared para proyectar a través del computador las presentaciones preparadas. La finalidad de los encuentros fue socializar los datos de las entrevistas, discutir, reflejar y proponer colectivamente medidas para prevención de eventos adversos. Cada reunión incluyó participación en promedio entre 7 y 10 enfermeros y tuvo tiempo medio de duración de una hora y treinta minutos e foram gravados.

En todos los casos, se utilizó un dispositivo multimedia. En primer lugar, me encuentro aprendiendo sobre el Proyecto de Investigación, los objetivos, cómo serían las reuniones y me pidieron que hablara sobre sus expectativas con respecto a las reuniones. En el segundo encuentro, participaron ocho enfermeras, se dieron a conocer los resultados de la entrevista, con el fin de discutir estrategias de notificación de los eventos adversos. Cada participante tenía un máximo de 5 minutos para exponer sus ideas, las cuales se basaron en respuesta a los cuestionamientos que dan origen

a la propuesta del problema relacionados con la investigación. Se registraron en los documentos de anotaciones metodológicas. Y se agendó la tercera y última reunión grupal.

El tercer encuentro fue para dar a conocer los resultados de los eventos adversos informados durante 2018, las estrategias de notificación sugeridas en la segunda reunión y fijar los planes de mejora que serán expuestos el año 2019. Se concluyeron las propuestas entregadas y que han nacido del grupo participante se dio a conocer la importancia de su participación en éste proyecto, que tuvo la finalidad realizar cambios importantes en el servicio, que ayudarán a la prevención de eventos adversos, entregando así una mejor atención de calidad y seguridad a los pacientes.

Cada encuentro contó con un acta de los temas a tratar, quedando registro en documentos de anotaciones y la grabación de cada encuentro. La fase de análisis y interpretación consistió en la recogida de información durante la práctica asistencial, debido a que el investigador se encuentra inmerso en el lugar donde se efectúa la investigación, se recolecta gran cantidad de datos que pueden ser difíciles de analizar, por este motivo es que se requiere de una buena organización y mantención de orden con los apuntes registrados en las anotaciones de cualquier tipo, es importante mantener el orden cronológico de estos registros. En esta fase se realizó la codificación de todas las entrevistas y de cada respuesta entregada, de las notas obtenidas y de los acuerdos obtenidos en las tres reuniones realizadas con el grupo investigador, se obtuvieron categorías y por cada categoría se extrajo un extracto de la respuesta entregada acorde con el objetivo.

Los datos colectados tanto en las entrevistas como en los tres encuentros de discusión fueron organizados por similitud de informaciones y en atención de los objetivos en estudio en tres categorías: Realización de la notificación del evento adversos; Justificación para no notificar el evento adversos; Estrategias para la notificación de los eventos adversos.

Para poder llevar a efecto ésta investigación se requirió de la autorización de la Institución donde se elevó solicitud al Comité de ética de la Entidad de salud. Se envió proyecto de Investigación al comité de ética de la Universidad de Magallanes, con certificado de aprobación 091/CEC/23 julio 2018.

RESULTADOS

La edad de los participantes varía entre 25 a 35 años y 12 de los participantes son de sexo femenino y uno de sexo masculino. El tiempo de experiencia laboral de los participantes en la unidad de paciente crítico, varía de un y ocho años.

Como se realiza la notificación del evento adverso

Las enfermeras enfatizan que la notificación de evento adverso que ocurre en la unidad de paciente crítico se realiza en forma verbal y escrita y más de una participante señalizó a importancia de la notificación.

Primera instancia comunico verbalmente a superiores (e2).

[...] notificación verbal en el momento que ocurre el evento adverso (e3).

Se notifica verbalmente y luego hoja de notificación (e5).

Se informa jefatura directa inmediatamente para buscar una solución (e8).

Se informa de manera escrita (e9).

Se informa a través de hoja de incidente la cual se analiza y se hacen planes de mejora (e13).

Justificación para no notificación del evento adverso.

Fueron diversificados los motivos de no notificar los eventos adversos, la mayoría respondió tener miedo a las consecuencias como la pérdida del trabajo según las respuestas recogidas.

Desconocimiento, puede ocurrir que el profesional que comete un evento, no notifique, creo que podría ser o sino que simplemente no quiera notificar por otra razón (e2).

Nos todos tienen incorporado la cultura del evento adverso, algunas personas se enojan creen que uno está traicionando al informar que alguien se equivocó (e7).

Miedo. Generalmente puede ser que las personas tengan miedo a notificar, relacionado a que las personas puedan recibir algún castigo o que vaya a repercutir en forma negativa en su trabajo (e7).

El temor es lo que pueda pasar con el trabajo, porque cuando uno comete un error uno siempre piensa alguna repercusión va a tener, yo creo que es la mayor dificultad (e5).

Principalmente miedo de informar a su jefatura directa, miedo de si eso le va a traer alguna repercusión en su trabajo (e8).

Dificultades veo más en los profesionales cuando son primerizos, son más nuevos en lo que es desempeñarse como enfermero propiamente tal, porque uno entra con miedo, entonces al cometer error uno se asusta (e9).

Temor porque aún, como que la cultura que tenemos acá de reporte de incidentes es que a uno lo van a castigar o sea como o que te van a indicar con el dedo como que existe la creencia de que esto va a ser punitiva (e13).

Estrategias para notificación los eventos adversos

En esta categoría se evidencia cuales son las estrategias ocupadas por los enfermeros y que tienen relación con la educación en el servicio. Señalan la importancia de la discusión acerca de las consecuencias del evento adverso para ser tomada la decisión de notificar el evento.

Yo creo que educar a todos y decirles que este no es un tema para echarlos, punitivos, es para que todos crezcamos como profesionales y la cultura de calidad y seguridad ya está instaurada en salud entonces tienes que comprender (e7).

Estar en constante aprendizaje de las cosas que van cambiando, estar siempre actualizándose de las cosas que van técnicas y saber cuándo uno comete un error para saber cuándo realizar una notificación (e9).

Pero yo creo que sería la educación de esa manera nosotros aprendemos y sabemos de lo que se trata una notificación que en realidad no todo el mundo sabe de lo que se trata (e10).

Tener como el espacio de dialogar, más que nada la confianza de poder decirle al superior, sabe que yo me equivoqué en esto o hice esto o me pasó esto en el turno, durante el turno (e11).

Yo creo que esta cultura, es más fácil cuando vemos que todo fluye que si pasa algo se dice se conversa, se toman medidas de mejora, cuando como cuando hay cultura de seguridad donde todos trabajan se va a hacer lo que es correcto que no se va a dar latigazos a nadie son medidas que van a ser para que todos mejoremos y que lo que le paso al compañero no le pase a ninguno del equipo (e12).

Crear esta cultura dentro del servicio o de la institución para que disminuya este temor y se pueda hacer la hoja de notificación libremente en dar conocimiento como de las formas de notificación yo creo que a aquí en la unidad está bien instaurado, quizás en otro servicio no tanto, pero acá todos sabemos cómo encontrarlo tanto el acceso en hoja impresa como en versión digital (e13).

DISCUSION

La falta de métodos educativos propicia a una mayor ocurrencia de eventos adversos, por eso los profesionales temen la punición, subnotificando un caso y posteriormente comete un error nuevamente.⁸ En cuanto a la forma de notificación, en nuestro estudio la gran mayoría de las respuestas muestran gran conocimiento de cómo realizar la notificación. Existen dos formas

validadas, la información del error en forma verbal y luego la escrita. Principalmente primero es la verbal ya que dependiendo del incidente de seguridad éste debe ser comunicado inmediatamente al médico de turno en horario inhábil y además a la enfermera coordinadora en horario hábil, para poder tomar medidas de resguardo para el paciente en forma inmediata. La enfermera coordinadora es la encargada de calidad del servicio, por lo tanto, es quien recibe las notificaciones escritas y la responsable de analizar en conjunto con la profesional que comete el error.

Entre las posibles estrategias para promover la seguridad del paciente, analice los factores que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos que indican cuáles son prevenibles y reducibles e identifique soluciones efectivas con el equipo de salud basadas en acciones educativas que estimulen y mantengan hábito de notificar.⁹

Con respecto a la justificación para no notificar eventos adversos, existen una serie de razones similares a los que se encuentran en la literatura. La gran mayoría de los entrevistados alude al temor y miedo, debido a que pueden existir represalias en su lugar de trabajo, esto ligado al desconocimiento con respecto a cultura de seguridad instaurada en la institución, cuesta creer que no sea punitiva. Esto concuerda con una investigación donde se obtiene como resultado que los participantes indicaron que existen barreras para la comunicación de errores causados por los cuidados de enfermería, lo que refuerza la existencia de posturas punitivas y la necesidad de prestar atención a la percepción de error por parte de los profesionales, componentes de una cultura de seguridad desfavorable para la comunicación.¹⁰

También es importante que las enfermeras, en particular, establezcan políticas para la profesión que identifiquen el conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los eventos adversos, su concepto, posibles instrumentos y estrategias para facilitar su uso. A partir de esto, es posible establecer cambios en la práctica diaria de los profesionales.¹¹

La notificación de los eventos adversos en la unidad de terapia intensiva es una importante forma de control de la calidad de la asistencia, pues con la identificación de las fallas es posible invertir en medidas preventivas, y, así, evitar daños a los pacientes. Para disminuir la ocurrencia de eventos adversos no infecciosos, se hace necesario invertir en la calificación y actualización de los profesionales involucrados en la asistencia, recursos humanos suficientes para atender a la demanda, estructura física y tecnología adecuada.¹²

Los estudios sobre eventos informados por enfermeras y técnicos de enfermería por separado siguen siendo incipientes. Lo mismo ocurre con los profesionales que conforman el equipo multiprofesional. La importancia de la documentación apunta a la garantía de continuidad de las políticas de seguridad respaldadas por registros electrónicos y sistemas de calificación y evaluación.¹³ En cuanto a la tercera categoría correspondiente a estrategias para que se logre la notificación del evento adverso, en nuestro estudio nos encontramos con varias respuestas que apuntan a la educación permanente de cultura de seguridad, a mantener la comunicación efectiva y permanente con los pares y jefaturas, así mantener confianza para que el que comete el error notifique inmediatamente teniendo la seguridad que no va a ser castigado.

Las unidades de cuidados intensivos se convierten en un lugar adecuado para poner en marcha sistemas que permitan la detección y el registro; es una unidad compleja, con un predominio del alto uso de medicamentos, procedimientos invasivos y pacientes vulnerables a daños debido a su condición crítica e inestabilidad. El monitoreo constante es parte de la atención en estas unidades, así como la capacidad de actuar rápidamente ante la gravedad de los pacientes. Dichos factores pueden contribuir a la aparición de eventos adversos.¹⁴

Con este fin, la formación de una cadena de seguridad, dirigida a cambios en la cultura y el clima organizacional y el fomento de una comunicación eficiente entre profesionales, pacientes y

familias, adquiere relevancia como elemento de apoyo para posibles acciones que generen entornos seguros, especialmente aquellos relacionados con cuidados intensivos.¹⁴

Otro aspecto a tener en cuenta, surgido en este estudio, es lo relacionado a la formación de los recursos humanos. Emergen indicadores tanto de la formación a nivel de pregrado, como acerca de la formación permanente del personal. Existen estudios realizados en EEUU, Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá, Holanda y Suecia constataron que entre un 2,9 % a 16,6% de los pacientes internados fueron víctimas de eventos adversos, siendo 50% probable prevenirlas. En Brasil un estudio realizado en un hospital universitario mostró que 50% de los pacientes en alta hospitalaria y 70% de los pacientes fallecidos sufrió por lo menos un evento adverso.⁴

Frente a este escenario, la enfermería debe buscar estrategias sólidas para brindar un cuidado seguro, como miembro proactivo y participante directo y responsable para la garantía de seguridad de paciente, y de promoción de una cultura de seguridad, tomando en consideración, algunas estrategias, como la comunicación en el equipo de trabajo, los errores como oportunidad de aprendizaje y valorización del profesional a través de la educación continua.⁴

En todas las instituciones de salud debe existir un sistema de notificación de eventos adversos, ésta en primera instancia debe ser verbal, de este modo se toman medidas inmediatas para revertir la situación si esta ha causado daño al paciente, luego se debe notificar en forma escrita con el fin de que exista un documento en el cual se pueda hacer un análisis de lo sucedido y dependiendo de la gravedad del error inmediatamente hacer un plan de mejora que ayude a evitar que nuevamente este error se repita. En cuanto a que impide que los profesionales realicen una notificación, se plantean una serie de sentimientos que dificultan admitir el error, principalmente es el temor y miedo que existe a una respuesta punitiva por parte de las jefaturas, que pueda tener repercusión laboral, como que seas despedido por haber cometido un error grave. También el desconocimiento de los profesionales de cómo se debe actuar frente a la notificación, como debo hacerla, por falta de educación a los profesionales.¹⁴

CONCLUSION

En cuanto a estrategias para que los profesionales notifiquen los eventos adversos, se debe educar con respecto a cultura de seguridad, incorporando conceptos de cultura de notificación de evento adverso, ésta incluye el reconocer que nos equivocamos y que estamos expuestos a cometer errores debido a la complejidad de los pacientes en una unidad de paciente crítico y que este error debe informarse, para hacer un análisis de la situación y se revise paso a paso que fue lo que se pudo prevenir, implementar planes de mejora que ayuden a evitar los errores.

Mantener un instrumento en el cual se registre en forma detallada el error cometido, que incorpore las medidas inmediatas adoptadas y que daño causó al paciente y mantener educación y formación permanente como forma de apoyo a los profesionales para prevención de eventos adversos. Entre las limitaciones de este estudio, está el hecho de que no hubo monitoreo posterior del ambiente de trabajo, debido a la necesidad de cerrar la investigación. También se considera como una limitación, la realización con un grupo de enfermeras de una sola UCI, no siendo posibles generalizaciones.

REFERENCIAS

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Méd Clín Condes* [Internet]. 2017 [acceso 2019 Jul 05];28(5):785-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
2. Figueiredo ML, D'innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [acceso 2019 Jul 10];47:605-20. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>
3. Cho E, Chin DL, Kim S, Hong O. The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Dec 05];48(1):74-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jnu.12183>
4. Oliveira AC, Garcia PC, Nogueira LS. Carga de trabajo de enfermería y ocurrencia de eventos adversos en terapia intensiva: revisión sistemática. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Jul 05]; 50(4):683-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
5. Silva R, Amante L, Salun N, Martins T, Minatti F. Visibilidad de transporte intra hospitalario en unidad de terapia intensiva: estudio descriptivo. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 2019 Jan 05]; 38(3):e2017-0048. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>
6. Furini AA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [acceso 2019 Dec 05];40(spe):e20180317. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
7. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 2019 Jan 05];26(4):e1450017. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
8. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Santos JS, Simões KM, Araruna PC. Eventos adversos en Unidades de Terapia Intensiva: estudio bibliométrico. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2017 [acceso 2019 Jul 05];9(3):669-75. Disponible en: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669-675>
9. Remon CA, Villar IB, Lahoz JM, Cía IG, Villán LA, Azuara BO, et al. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 [acceso 2019 Jan 05];33(3):242-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.003>
10. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 2019 Jul 05];20(3):475-82. Disponible en: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>
11. Ramírez-Martínez ME, Pedraza-Avilés AG. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enferm Univ* [Internet]. 2017 [acceso 2019 Jul 05];14(2):111-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>
12. Gadelha GO, Paixão HCS, Prado PR, Viana RAPP, Amaral TLM. Factores de riesgo par muerte em pacientes com eventos adversos no infecciosos, *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2018 [acceso 2019 Jul 05];26:e3001. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2069.3001>
13. González-Samartino M, Delgado-Hito P, Adamuz-Tomás J, Viso Cano MF, Castellà Creus M, Juvé-Udina ME. Accuracy and completeness of records of adverse events through interface terminology. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acceso 2019 Jul 05];52:e03306. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306>
14. Umpiérrez A, Fort Z, Tomás V. Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 2019 Jul 05];24(2):310-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000122014>

NOTAS

ORIGEN DEL ARTÍCULO

Extraído de la disertación - Prevención de eventos adversos en los cuidados enfermeros en una unidad de paciente crítico, presentada al Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, en 2019.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Concepción del estudio: Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP.

Recolección de datos: Navarro Maldonado XA.

Análisis e interpretación de los datos: Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP.

Discusión de los resultados: Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP, Lazzari DD.

Redacción y / o revisión crítica del contenido: Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP, Lazzari DD.

Revisión y aprobación final de la versión final: Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP, Lazzari DD.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile, en 23 de julio de 2018.

CONFLICTO DE INTERESSES

No hay conflicto de intereses.

HISTÓRICO

Recibido: 07 de septiembre de 2019.

Aprobado: 06 de mayo de 2020.

AUTOR CORRESPONDIENTE

Daniele Delacanal Lazzari

daniele.lazzari@ufsc.br

