



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

N°43

Julio 2016

www.um.es/eglobal/

ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Indicadores de asistencia en un clínica quirúrgica

Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica

Indicators of care in a surgical clinic

***Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito **Bezerra, Ana Lúcia Queiroz
 Moreira, Isadora Alves * Tobias, Gabriela Camargo *****Silva, Ana
 Elisa Bauer de Camargo e**

*Doctora. Profesora Adjunta de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com **Doctora. Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás. ***Enfermera del Hospital Universitario de Brasilia. ****Máster en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás. *****Doctora. Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás. Brasil.

Palabras clave: Evaluación de la calidad asistencial; Indicadores de proceso; atención al paciente quirúrgico; enfermería

Palavras chave: Avaliação da Qualidade da Assistência; Indicadores de processo, Assistência do paciente cirúrgico, Enfermagem

Keywords: Quality Assessment Assistance; Process indicators, surgical patient care, nursing

RESUMEN

Se objetivó caracterizar las hospitalizaciones ocurridas en la Clínica Quirúrgica de un hospital universitario del Centro Oeste de Brasil. Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, realizado a través de los registros en un total de 750 admisiones. La colecta fue de enero a mayo de 2011, con instrumento estructurado y validado. Se realizó análisis estadístico descriptivo. Se encontró que la mayoría de los ingresos fue electiva (82,1%), con duración de la estancia hospitalaria entre dos y ocho días para el 82,2% de los ingresos. Al menos una intervención quirúrgica se registró en 85,9% de las hospitalizaciones y los médicos fueron los profesionales con una mayor participación en la evolución del paciente, mientras que la enfermera presentó registro de evaluación en 19,2% de las hospitalizaciones. Destaca la necesidad de los profesionales de repensar sus acciones a través de la atención de la salud y que las instituciones realicen la sistematización del proceso de evaluación de los indicadores clínicos en busca de la calidad y seguridad del paciente en la práctica clínica.

RESUMO

Este objetivou caracterizar as internações ocorridas na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário do Centro Oeste do Brasil. Estudo descritivo, retrospectivo, de delineamento transversal, realizado por meio de prontuários em um total de 750 internações. A coleta foi de janeiro a maio do ano de 2011, com instrumento estruturado e validado. Realizada análise estatística descritiva. Constatou-se que a maioria das admissões foi eletiva (82,1%), com tempo de internação entre dois e oito dias para 82,2% das internações. Pelo menos uma intervenção cirúrgica foi registrada em 85,9% das internações e os médicos foram os profissionais com maior participação na evolução do paciente, enquanto que o enfermeiro apresentou registro de avaliação em 19,2% das internações. Evidencia-se a necessidade dos profissionais repensarem suas ações frente ao cuidado em saúde e que as instituições realizem a sistematização do processo de avaliação dos indicadores da assistência, em busca de qualidade e segurança do paciente na prática clínica.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the hospitalizations occurred in the Surgical Clinic of a university hospital in the Midwest of Brazil. Descriptive, retrospective, cross-sectional study, carried out based on medical records for a total of 750 admissions. Collection of data took place from January to May of 2011 with aid of a structured and validated instrument. Descriptive statistical analyses were carried out. It was found that most admissions were elective (82.1%), with length of stay between two and eight days for 82.2% admissions. At least one surgery was recorded in 85.9% of the hospitalizations and doctors were professionals with high participation in the evolution of the patient, while the nurse presented evaluation record in 19.2% of the admissions. This highlights the need for professionals to rethink their actions in the health care and for the institutions to perform the systematization of the process of evaluation of clinical indicators, searching for quality and safety of the patient in the clinical practice.

INTRODUCCIÓN

La calidad del servicio de salud y la seguridad del paciente han sido preocupación constante de las instituciones prestadoras de cuidados y del medio académico, ya que la asistencia no planificada puede acabar en daños considerables.

Esta cuestión, específicamente en Brasil, se volvió relevante debido al volumen aumentado de ingresos quirúrgicos, estimándose tres millones de ingresos anuales para este fin⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que ocurren cerca de 234 millones de cirugías en el mundo durante el año y, debido a ese alto índice de cirugías es importante evaluar la asistencia al paciente durante el periodo perioperatorio⁽²⁾.

En el contexto de la asistencia quirúrgica, el estudio del perfil de los ingresados gana relevancia por la complejidad de la asistencia prestada a diversas especialidades de tratamiento, por la exigencia de conocimiento especializado, por la rotatividad de los ingresos y por el arsenal tecnológico, necesarios para una intervención segura y de calidad⁽³⁾.

Estudio realizado en unidad de clínica quirúrgica de un hospital universitario señaló la ocurrencia de 6.981 incidentes derivados del cuidado a la salud, que fueron atribuidos a una asistencia mal planificada y a procesos que necesitan ser revisados y subsidiados por las características de los pacientes⁽⁴⁾.

La evaluación del paciente ingresado es la forma más precisa y eficaz de diagnosticar, precozmente, aspectos que puedan interferir en los resultados del procedimiento quirúrgico. Para dar soporte a la cirugía, al proceso anestésico y dictaminar el pronóstico del paciente, el examen clínico debe ser lo más completo

posible a través de la anamnesis, evaluación física y de los resultados de exámenes pre- operatorios que siempre son recomendados^(4,5).

Actualmente, los servicios de salud enfrentan numerosos desafíos para conseguir atender las demandas de los clientes y familiares, con miras a la excelencia de la calidad asistencial. Para alcanzar esta excelencia, los profesionales de salud deben asumir un proceso de trabajo con foco en la mejora continua, favoreciendo la identificación constante de los factores intervinientes en la asistencia y la elaboración de instrumentos que posibiliten evaluar sistemáticamente los niveles de calidad prestados⁽⁶⁾.

En la teoría propuesta por Donabedian, es posible hacer una evaluación sistematizada del cuidado mediante la utilización de los indicadores de procesos, que permiten representar cuantitativa y cualitativamente los resultados de la asistencia y, por tanto, evaluar la calidad, la productividad y el impacto de los servicios prestados en la salud de la población, constituyendo un importante instrumento para la gestión^(7,8).

Los indicadores son los principales señalizadores de una organización, pues permiten identificar la ocurrencia de posibles desvíos en procesos considerados normales, evidenciando la necesidad de revisiones e impidiendo la continuidad del problema. De ese modo, unen las estrategias, los recursos y los procesos organizativos de las unidades de atención en salud⁽⁷⁾.

Un punto importante en la evaluación de la calidad de la asistencia prestada es el perfil de la clientela asistida en las unidades de ingreso y la dinámica de las actividades realizadas, pues proporcionan informaciones que ayudan a la organización y planificación de la asistencia según las necesidades del cliente, la dimensión del equipo de enfermería, la provisión de recursos materiales y la medición de costes^(6,7).

En esa perspectiva destaca la importancia del registro de la asistencia prestada al paciente, lo que respalda ética y legalmente al paciente y al profesional responsable del cuidado, además de establecer una comunicación más efectiva entre el equipo, lo que facilita la evaluación de la calidad de los servicios prestados. Cuando ese registro es escaso e inadecuado compromete la planificación de las acciones para la prestación del cuidado individualizado, de calidad y seguro, además de volverse una barrera para la medida de los resultados asistenciales⁽⁹⁾.

De esa forma, a fin de disminuir los posibles riesgos de la intervención quirúrgica, el cuidado debe planificarse según la individualidad de cada paciente, basado en evidencias científicas y determinado por la condición clínica del paciente⁽¹⁰⁾, haciendo importante la caracterización de esos indicadores.

Por tanto, al considerar las actividades asistenciales y gerenciales del enfermero, este asume papel esencial en la evaluación del desempeño de la unidad de ingreso que trabaja y, a partir de estos resultados, debe emprender acciones estratégicas, identificar amenazas y establecer planes en la asistencia, en la administración, en la investigación, en la enseñanza y, en fin, dirigir la toma de decisiones para el alcance de la excelencia en la asistencia al paciente quirúrgico^(3,4).

En este sentido, el objetivo del estudio es caracterizar los ingresos ocurridos en la Clínica Quirúrgica de un hospital, ya que conocer y analizar los factores relacionados con los ingresos posibilita mejor enfrentamiento de los desafíos que guían la calidad y seguridad en el cuidado en salud.

MÉTODO

Estudio retrospectivo, transversal, realizado en la Clínica Quirúrgica de un hospital del municipio de Goiânia, Goiás.

La población del estudio estuvo compuesta por los pacientes ingresados entre enero y diciembre de 2010, teniendo como fuente de datos los registros de los 2.610 ingresos realizados en ese periodo. La muestra fue de 750 ingresos, considerando precisión de 2,5%, efecto de diseño de 1,5, intervalo de confianza de 95% y prevalencia de 10% de eventos adversos estimada por la OMS. Se utilizó muestra probabilística y sistemática.

El periodo de colecta de datos fue de enero a mayo del año 2011 en el Servicio de Archivo Médico e Información en Salud de la institución. La colecta de datos fue guiada por un formulario estructurado con cuestiones objetivas sobre las características del paciente y del ingreso y creado por los propios investigadores, sometido a la evaluación de expertos y test piloto.

Los datos fueron estructurados en el *Software Statistical Package for the Social Science* versión 20.0 para *Windows*. Se realizó análisis descriptivo, presentando la diferencia de proporciones para variables categóricas y diferencias de medias para variables continuas.

Estudio vinculado al proyecto: “Análisis de ocurrencias de eventos adversos en un hospital de la Red Centinela de la Región Centro Oeste”, aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo Protocolo N° 064/2008.

RESULTADOS

Fueron analizados 750 ingresos que corresponden a 28,7% do total de ingresos realizados en la Clínica Quirúrgica de la institución durante el año 2010. La caracterización de los pacientes ingresados está presentada en la Tabla 1.

Tabla 1 – Caracterización de los pacientes ingresados en la Clínica Quirúrgica de un hospital de Goiânia, Goiás. 2011.

VARIABLE	N	%
Sexo		
Masculino	301	40,1
Femenino	449	59,9
Edad		
0 a 34 años	188	25,1
35 a 45 años	163	21,7
46 a 60 años	197	26,3
60 años o más	202	26,9

Comorbidad		
Si	312	41,6
No	416	55,5
Falta de informaciones	22	2,9
Estoma urológico/gastrointestinal		
Si	27	3,6
No	723	96,4
Tipo de admisión		
Urgencia	134	17,9
Electiva	616	82,1
Especialidad médica		
Cirugía general	138	18,4
Urología	101	13,5
Otorrinolaringología	100	13,3
Ginecología	97	12,9
Proctología	83	11,1
Cirugía vascular	77	10,3
Mastología	55	7,3
Bucomaxilofacial	28	3,7
Cirugía cardiaca	25	3,4
Neurología	20	2,7
Otros *	26	3,5
Tiempo de ingreso		
1-4 días	501	66,8
5-8 días	124	16,5
9-97 días	125	16,6
TOTAL	750	100

El sexo femenino fue predominante con 449 (59,9%) pacientes y la edad varió de 2 a 96 años, con media de 46,9 años. De entre los pacientes, 312 (41,6%) presentaban otra patología además de la enfermedad por la que fue ingresado. Destaca que en 22 (2,9%) registros las informaciones sobre la presencia de comorbidades estaban ausentes.

El tiempo de ingreso total varió de 1 a 97 días y el ingreso electivo ocurrió en 616 (82,1%) ingresos, destacando las especialidades de cirugía general con 138 (18,4%), urología 101 (13,5%), otorrinolaringología 100 (13,5%) y ginecología con 97 (12,9%).

Tabla 2 – Tipos de procedimientos y dispositivos utilizados por los pacientes, ingresados en la Clínica Quirúrgica de un hospital de Goiânia, Goiás. 2011.

VARIABLE	SI n (%)	NO n (%)
Procedimientos		
Prescripción de medicamentos	735 (98,0)	15 (2,0)
Intervención quirúrgica	644 (85,9)	106 (14,1)
Profilaxis antibiótica	473 (63,1)	277 (36,9)
Infusión de hemoderivado	62 (8,3)	688 (91,7)

Dispositivos		
Sonda	235 (31,3)	515 (68,7)
Catéter	680 (90,7)	70 (9,3)
Dreno	107 (14,3)	643 (85,7)
Traqueostomía o tubo orotraqueal	12 (1,6)	738 (98,4)

Se realizaron un total de 680 intervenciones quirúrgicas en 644 (85,9%) pacientes, correspondiendo a media de 1,1 cirugías por ingreso. Durante el periodo intraoperatorio fue necesario el uso de varios dispositivos, destacando el catéter que fue instalado en 680 (90,7%) pacientes.

Las características de las intervenciones quirúrgicas realizadas, durante los ingresos, se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3 – Características de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los pacientes, ingresados en la Clínica Quirúrgica de un hospital de Goiânia, Goiás. 2011.

VARIABLE	N	%
Clasificación quirúrgica en cuanto a la gravedad		
Electiva	630	92,6
Urgencia	38	5,6
Emergencia	12	1,8
Clasificación quirúrgica en cuanto al potencial de contaminación		
Limpia	332	48,9
Potencialmente contaminada	258	37,9
Contaminada	79	11,6
Infectada	11	1,6
TOTAL	680	100

En cuanto a la gravedad, la intervención quirúrgica electiva fue predominante para 630 (92,6%) intervenciones y la cirugía limpia obtuvo potencial de contaminación más frecuente con 332 (48,9%) cirugías, seguida de la cirugía potencialmente contaminada con 258 (37,9%).

Los tipos de evaluaciones clínicas realizadas por el equipo de salud e identificadas en los historiales, durante los ingresos, se describen en la Tabla 4.

Tabla 4 – Acciones desarrolladas por los profesionales de salud en los pacientes internados, en la Clínica Quirúrgica de un hospital de Goiânia, según la categoría profesional. Goiás. 2011.

CATEGORÍA PROFESIONAL	SI n (%)	NO n (%)
Evolución diaria del paciente por el médico o enfermero	530 (70,7)	220 (29,3)
Evolución diaria de curativos de la herida quirúrgica*	184 (24,5)	460 (61,3)
Evaluación por la Medicina	673 (89,7)	77 (10,3)
Evaluación por el Servicio social	146 (19,5)	604 (80,5)
Evaluación por el Enfermero	144 (19,2)	606 (80,8)
Evaluación por la Psicología	117 (15,6)	633 (84,4)

Evaluación por el Nutricionista	106 (14,1)	644 (85,9)
Evaluación por la Fisioterapia	40 (5,3)	710 (94,7)
Evaluación por la Odontología	28 (3,7)	722 (96,3)
Evaluación por la Fonoaudiología	10 (1,3)	740 (98,7)
Anotaciones del Auxiliar/Técnico de Enfermería	750 (100)	0 (0)

*Número y porcentaje referente a 644 pacientes que se sometieron a la intervención quirúrgica.

De los 750 ingresos, en 220 (29,3%) no se encontró la evolución diaria del cuadro clínico del paciente, en el registro diario de la hoja de evolución de los 530 (70,7%) ingresos restantes se encontró al menos una evaluación clínica realizada por profesional de nivel superior.

La medicina fue la categoría profesional más participativa en el registro de la evolución clínica del cliente, encontrándose 673 (89,7%) ingresos con, al menos, una evaluación durante el periodo de ingreso en la clínica quirúrgica.

En relación al registro del equipo de enfermería, la evaluación del paciente por el enfermero se realizó solamente en 144 (19,2%) ingresos, de los 606 ingresos restantes, en 407 (67,2%) se registraron anotaciones solamente de la fecha de admisión en la unidad y en relación a la especialidad médica. En cuanto a la asistencia de auxiliares y técnicos de enfermería, se constató registros en todos los ingresos, pero se limitaban a informaciones básicas y comunes a todos los pacientes.

Se comprobó también que de los 644 (85,9%) ingresos sometidos a intervención quirúrgica, en 184 (24,5%) no se registró la evolución diaria de la herida quirúrgica.

DISCUSIÓN

La evaluación de la calidad de la asistencia es una forma de control de todos los procesos de servicio en salud cuyo objetivo es la satisfacción de las necesidades tanto de los pacientes como de los familiares. Para ello, es preciso establecer medición de parámetros, implantar e instituir indicadores de calidad⁽⁷⁾.

Los historiales son una forma de comunicación escrita multidisciplinar y, aunque con subestimaciones, también se considerado método estandar oro para ese tipo de investigación, pues tiene como función mantener el mayor número de informaciones sobre las condiciones de salud de los pacientes, ofreciendo ayudas para la elaboración de un plan de cuidado y, así, evaluar la calidad de los servicios prestados^(3,9).

Como las anotaciones en los historiales son el resultado del servicio ofrecido al paciente durante el ingreso, es imprescindible que esas informaciones sean completas y capaces de revelar, con claridad, los cuidados prestados, la historia, la evolución y continuidad de la asistencia al cliente^(3,4,9).

De acuerdo con los resultados se percibe la existencia de fallos en los registros, destacando 29,3% de ingresos que no fueron desarrolladas, diariamente, en cuanto al cuadro clínico del paciente. Este es un factor predisponente para la ocurrencia de errores. Algunos factores pueden influir en la realización y calidad de los registros de enfermería, como: alta demanda por servicios, sobrecarga de trabajo, número insuficiente de profesionales, déficit de educación continua, falta de motivación

relacionada con las pésimas condiciones de trabajo, bajo salario, bajo nivel socio educativo, complejidad de lenguaje y comunicación ineficaz del equipo⁽¹¹⁾.

Bajo esta perspectiva, la ausencia de informaciones sobre las comorbidades de los pacientes en 2,9% de los historiales dificulta la distinción de condiciones preexistentes en el paciente y, por tanto, predispone la ocurrencia de complicaciones durante el cuidado⁽⁷⁾.

El bajo índice de participación de los enfermeros en la asistencia directa al paciente es una realidad evidenciada en otras investigaciones^(12,13). Es importante resaltar que, durante la evaluación de enfermería, el enfermero es el profesional responsable del proceso y coordinación de la asistencia al paciente de forma individualizada y completa⁽¹⁴⁾.

La calidad de los registros hace honor a una serie de funciones determinadas por órganos reguladores de cada profesión, además de las normas institucionales de cada empresa y, principalmente, por el compromiso y responsabilidad ética del enfermero en el ejercicio profesional⁽¹⁵⁾.

Otro aspecto importante por tratarse de una unidad quirúrgica de un hospital es la ausencia de registros de la evolución de la herida quirúrgica.

Índices alarmantes son evidenciados en otros estudios. Un estudio verificó que solo 15,4% de las heridas quirúrgicas eran registradas por el equipo de enfermería, lo que muestra fallas referentes al aspecto y evolución de las lesiones cutáneas⁽¹⁶⁾. Esta realidad señala divergencias entre la teoría y la práctica del proceso de asistencia al paciente quirúrgico. Como resultado, estudios indican que entre los eventos adversos quirúrgicos más frecuentes están aquellos relacionados con la herida quirúrgica, inclusive infección⁽¹⁾.

La evaluación y registro de la evolución de la herida quirúrgica es un factor esencial para determinar el tratamiento específico para cada caso, por tanto, esto debe ser hecho de forma sistemática y completa desde la ocurrencia de la lesión hasta la resolución de la misma^(16,17).

Los resultados también mostraron que durante el ingreso varios procedimientos y dispositivos fueron utilizados por los pacientes para auxiliar y dar continuidad a la asistencia.

De entre los procedimientos, la prescripción de medicamento ocurrió en 98% de los ingresos lo que es esperado visto que esta es esencial en el proceso de recuperación de la salud, principalmente en el periodo postoperatorio. Con todo, debe prestarse atención a la cantidad y administración de estos medicamentos a fin de evitar fallos en ese proceso, pues la clínica quirúrgica está entre las unidades con mayores índices de errores relacionados con el cuidado, especialmente, los que implican el proceso de medicación⁽¹¹⁾.

La intervención quirúrgica ocurrió en 85,9% de los ingresos, con predominio de la electiva. Esa realidad minimiza los riesgos del acto quirúrgico, ya que oportuniza la planificación de una asistencia individualizada, en conformidad con las particularidades de cada paciente, del estado de salud, de las características de la cirugía y, fundamentalmente, con base científica⁽¹⁸⁾.

La profilaxis antibiótica es una práctica común en el preoperatorio, medida importante en la prevención de infección del sitio quirúrgico. Con todo, debe realizarse de forma adecuada, utilizando los formularios preconizados, a fin de garantizar mayor seguridad al paciente y, principalmente, evitar la resistencia bacteriana⁽²⁾.

Ante esta realidad, la OMS creó un movimiento para controlar el uso indiscriminado de los antimicrobianos con el objetivo de minimizar las consecuencias de la resistencia antimicrobiana. Este movimiento es dirigido por la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente, que orienta el seguimiento de estándares de calidad que garanticen la reducción de riesgos derivados del cuidado, contribuyendo a la seguridad del paciente⁽¹⁹⁾.

En relación a los dispositivos tubulares, importantes tecnologías que ayudan a la asistencia, el número de pacientes que utilizan uno o más dispositivos es relevante, lo que aumenta la complejidad del cuidado.

El registro de los procedimientos invasivos es imprescindible para la planificación de la asistencia y, también para la orientación del trabajo de diversos sectores del ambiente hospitalario que dependen de esas informaciones, como la Comisión de Control de Infección Hospitalaria, de las investigaciones clínicas, los servicios de auditoría y de la calidad del cuidado, entre otros⁽¹⁶⁾.

Es evidente la importancia del proceso retrospectivo de auditoría en el historial como un recurso para conocer los problemas del proceso asistencial. La identificación de los puntos débiles puede ayudar a la elaboración de acciones que estimulen el cambio actitudinal de los profesionales en relación al registro de asistencia, perfeccionando la parte documental y, principalmente, el cuidado^(4,9).

Cuando la calidad de la asistencia es el objetivo a ser alcanzado, se exige mayor control del proceso de trabajo por parte del gestor y del equipo de salud. De esa forma, la anotación completa de las acciones realizadas con el paciente puede guiar cambios en la estructura organizativa, en los procesos y, por consiguiente, en los resultados de la asistencia. La adopción de capacitación y educación en el servicio son algunas estrategias que resultan en mejora de la calidad de las anotaciones y del cuidado ofrecido^(7,10).

CONCLUSIONES

Se analizaron 750 ingresos, siendo que 59,9% de los pacientes eran de sexo femenino y 40,1% de sexo masculino, con edad media de 46,9 años. La mayoría de las admisiones en la Clínica Quirúrgica fue electiva (82,1%), con tiempo de ingreso entre dos y ocho días para 82,2% de los ingresos.

La prescripción de medicamento tuvo media de dos fármacos por paciente/día y fue realizada en 98% del total de ingresos.

Al menos una intervención quirúrgica fue registrada en 85,9% de los ingresos, realizándose profilaxis antibiótica en 63,1%.

El uso de dispositivos tubulares estaba presente en todos los ingresos resultando en media de 1,3 dispositivos por paciente.

Los médicos fueron los profesionales con mayor participación en la evolución del paciente con registro en 89,7% de los ingresos, mientras que el enfermero presentó registro de evaluación en 19,2% de los ingresos.

El estudio señaló divergencias entre lo esperado para una asistencia segura al paciente quirúrgico y la práctica en las instituciones de salud, y los indicadores de asistencia levantados pueden subsidiar la planificación de acciones correctivas del proceso de trabajo del equipo de salud, de modo a alcanzar la excelencia y seguridad en el cuidado.

Esperamos que el estudio despierte en los profesionales de salud la autorreflexión de sus acciones y estimule las instituciones de salud para la sistematización del proceso de evaluación de los indicadores de asistencia, de modo a contribuir a la seguridad del paciente, reducir los resultados negativos y actuar conforme las evidencias de la práctica clínica.

REFERENCIAS

1. Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2012;15(3): 523-35.
2. World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Genève: WHO, 2009.
3. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. *RevEscEnferm USP*, 2014;48(1):41-7.
4. Paranaguá TTB. Análise dos incidentes ocorridos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da região Centro-Oeste [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 149p.
5. Santos JS, Kemp R. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. *Medicina*, 2011; 44(1): 2-17.
6. Sobrinho FM, Ribeiro HCTC, Alves M, Manzo BF, Nunes SMV. Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência. *Enfermería Global*, 2015; 37: 01-06.
7. Dias AO, Martins EAP, Haddad MCL. Instrumento para avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida em um hospital universitário público. *RevBrasEnferm.* 2014;67(5):700-7.
8. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press, 1980.
9. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de Trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em Pacientes internados em UTI. *Rev.bras. enferm.* [online]. 2014;67(5):. 692-9.
10. Vituri DW, Évora YDM. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2014;22(2):234-40.
11. Magalhães AMM., Dall'agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013;21(9): 82-9.
12. Penedo RM, Spiri WC. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(1):86-92.

13. Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2014;35(2):79-85.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEn n. 311/2007: código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN 2007.
15. Barbosa SF, Sportello EF, Mira VL, Melleiro MM, Tronchin DMA. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do programa de assistência domiciliar de um hospital universitário. O mundo da saúde, v. 35, n. 4, p. 395-400, 2011.
16. Tavares TS, Castro AS, Figueiredo ARFF, Reis DC. Evaluation of the implementation of the systematic organization of nursing care in a pediatric ward. Rev Min Enferm. 2013;17(2): 287-95.
17. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. Acta Paul. Enferm., 2011;24(4): 527-33.
18. Sena AC, Nascimento ERP, Maia ARCR. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):132-7.
19. World Health Organization. World alliance for patient safety. Guideline safe Surgery. Genève: WHO, 2008.

Recibido: 5 de febrero de 2015; Aceptado: 17 de abril de 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia