

**UNIVERSIDAD FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE MAGALLANES- CHILE
PROGRAMA DE POS- GRADUACION EN ENFERMERIA
MAESTRADO DE ENFERMERIA**

XIMENA ALEJANDRA NAVARRO MALDONADO

**PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS
ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRITICO**

**FLORIANÓPOLIS
2019**

XIMENA ALEJANDRA NAVARRO MALDONADO

**PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS
ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRITICO**

Disertación sometida a Programa de Pós –
graduación de Enfermería de Universidad
Federal de Santa Catarina para obtención
de grado de Maestría en Enfermería.
Área de Concentración: Filosofía y
Cuidado en Salud y Enfermedad. Línea de
Pesquisa: Cuidado en Salud y Enfermería
en Situaciones Agudas y Crónicas de
Salud.

Orientadora: Dra. Eliane Regina P. Do
Nascimento

**FLORIANÓPOLIS
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maldonado, Ximena Alejandra Navarro
Prevención de eventos adversos en los cuidados
enfermeros en una unidad de paciente crítico /
Ximena Alejandra Navarro Maldonado ; orientador,
Eliane Regina Pereira do Nascimento, 2019.
104 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

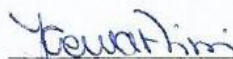
1. Enfermagem. 2. Eventos Adversos. 3. Seguridad
del Paciente. 4. Enfermería. 5. Unidad de Paciente
Crítico. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do .
II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Ximena Alejandra Navarro Maldonado

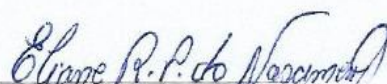
**PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS
ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO**


Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de
MESTRE EM ENFERMAGEM
e aprovada em sua forma final, atendendo às normas da legislação
vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

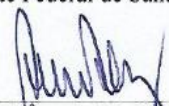
Florianópolis/SC, 29 de março de 2019.


Prof.^a Dr.^a Jussara Gue Martini
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.^a Dr.^a Daniele Delacanal Lazzari
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.^a Dr.^a Angela Maria Alvarez
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMIENTOS

A mi Profesora Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento por ser mi orientadora y guía de esta tesis para obtener el grado de Maestrado en enfermería, la cual a través de su sabiduría me ha entregado las herramientas para desarrollar mi tesis, agradezco su apoyo durante todo este proceso, por guiarme de tal forma que permitió mis tiempos necesarios para lograr desarrollarme y así el logro de éste proyecto.

A la Universidad de Magallanes y Universidad de Santa Catarina por realizar éste convenio, el cual me ha permitido tener la posibilidad de realizar este Magister de Enfermería, en mi ciudad como sede para la primera etapa, asistiendo a clases y luego otorgar la posibilidad de conocer Florianapolis ciudad sede de la UFSC y así compartir con mi docente guía la etapa final de este proceso.

A mi esposo Orlando Estefó Harambour, por creer en mí, en mis capacidades para desarrollarme en nuevos proyectos, por su paciencia y respeto por mis espacios, brindándome su apoyo en los momentos de flaqueza y entregándome energía positiva para vencer los obstáculos.

A mi hija Paula Estefó Navarro, la cual con su fortaleza y entereza para llevar a cabo sus proyectos, me entrega la dosis de energía que necesito para seguir adelante con mis proyectos.

A mi madre Hilda Maldonado Saldivia, la cual me ha acompañado en todo este proceso, escuchándome y dando apoyo cada vez que lo necesité y a mi padre Pedro Navarro Navarro el cual desde donde esté me acompaña siempre dándome la seguridad para seguir adelante.

A mis compañeras, colegas, profesionales que han participado de ésta investigación ya que sin su aporte no podría haber sido realidad ésta tesis.

A mi Institución en la cual me desempeño por la autorización para realizar ésta investigación en mi lugar de trabajo y así poder ser un aporte en la calidad y seguridad de atención a nuestros pacientes pobladores de nuestra ciudad.

MALDONADO, Ximena Alejandra Navarro. **Prevención de eventos adversos en los cuidados enfermeros en una unidad de paciente crítico.** Disertación (Magíster en Enfermería) - Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 106p.

RESUMEN

La calidad de la asistencia de enfermería, influye directamente en la seguridad del paciente. Objetivos: conocer como las enfermeras de una unidad de terapia intensiva conciben o evento adverso; identificar qué acciones preventivas de eventos adversos utilizan los profesionales de enfermería y cuales proponen; conocer los elementos que influyen a una notificación de los eventos adversos; conocer o que sugieren los enfermeros de estrategias para notificación. Metodología: Se trata de una pesquisa cualitativa de tipo Convergente asistencial realizado por enfermeras de una Unidad de Paciente Crítico de un Centro de Salud privado en la ciudad de Punta Arenas, región de Magallanes Chile. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada y grupo de discusión. Participaron 13 enfermeros. Los resultados retratan que las enfermeras conciben un evento adverso como un error que no puede volver a ocurrir, que produce daño al paciente o que puede producir daño, que no está programado dentro de las actividades de enfermería y que no tiene que ver con el motivo por el cual ingresa el paciente. Dentro de las medidas para prevenir se utilizan check list de procedimientos, bundles y protocolos de procedimientos y sugieren otras medidas como mantener la educación permanente, el liderazgo, mantener al personal competente y que cuando exista alta demanda asistencial se cuente con mayor cantidad de personal. Muestra que las profesionales de enfermería cuando realizan una notificación de eventos adversos, la realizan de forma verbal y escrita y de forma inmediata a enfermera coordinadora y/o medico de turno y que el hecho de no notificar un evento adverso principalmente se da por el desconocimiento en la notificación de eventos adversos y a lo que significa una cultura de seguridad, también se da por el temor a represalias y castigos dentro del ambiente laboral como estrategias para la notificación de eventos adversos. A raíz de esto sugieren educación continua con respecto a cultura de seguridad la que incluye como realizar una notificación y lo que implica notificar a su vez crear conciencia y confianza en que notificar un error no va a tener una

respuesta punitiva y que del error se realizará un plan de mejora que evite cometer el mismo error en otra oportunidad también se sugiere mejorar la comunicación y el liderazgo, herramientas que se deben desarrollar para prevenir errores. Conclusiones: Las medidas realizadas por las enfermeras en prevención de eventos adversos favorecen una atención segura los pacientes. Proponen medidas alcanzables que sin duda ayudaran a disminuir los eventos adversos en la unidad y lograr un impacto en los indicadores de calidad y seguridad a pesar de que los enfermeros notifican la ocurrencia de evento adverso, existe la preocupación por la punición, señalando la necesidad de una revisión de la cultura de seguridad en Unidad de paciente crítico en el contexto de este estudio.

DESCRIPTORES: Eventos Adversos. Enfermería. Unidad de Paciente Crítico. Seguridad del Paciente. Notificación de Eventos Adversos.

MALDONADO, Ximena Alejandra Navarro. **Ações propostas para prevenir eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de paciente crítico.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 106p.

RESUMO

A qualidade do cuidado de enfermagem influencia diretamente a segurança do paciente. Objetivos: conhecer como enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva concebem ou evento adverso; identificar quais ações preventivas de eventos adversos são utilizadas pelos profissionais de enfermagem e o que elas propõem; conhecer os elementos que influenciam uma notificação de eventos adversos; conhecer ou sugerir enfermeiros de estratégias para notificação. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente assistencial, realizada por enfermeiros de uma Unidade de Pacientes Críticos de um Centro de Saúde da cidade de Punta Arenas, Região Magalhães, Chile. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e grupo de discussão. 13 enfermeiros participaram. Os resultados retratam que os enfermeiros concebem um evento adverso como um erro que não pode acontecer novamente, que produz dano ao paciente ou que pode causar danos, que não é programado dentro das atividades de enfermagem e que nada tem a ver com o motivo pelo qual o paciente entra. Entre as medidas para evitar procedimentos, utilizam-se protocolos de checklist, bundles e procedimentos e sugerem outras medidas, como manter a educação permanente, liderança, manter a equipe competente e que quando existe uma alta demanda por assistência, há um número maior de funcionários. Mostra que os profissionais de enfermagem quando fazem uma notificação de eventos adversos, realizam verbalmente e por escrito e imediatamente ao enfermeiro coordenador e / ou médico plantonista e que a falha em notificar um evento adverso se deve principalmente à ignorância. na notificação de eventos adversos e o que uma cultura de segurança significa, é também devido ao medo de represálias e punições dentro do ambiente de trabalho como estratégias para a notificação de eventos adversos. Como resultado disso, eles sugerem educação continuada em relação à cultura de segurança que inclui como fazer uma notificação e o que significa notificar, por sua vez, para criar consciência e confiança de que relatar um erro não terá uma resposta punitiva e que o erro será

cometido. Um plano de melhoria que evite cometer o mesmo erro em outra oportunidade também é sugerido para melhorar a comunicação e a liderança, ferramentas que devem ser desenvolvidas para evitar erros. Conclusões: As medidas tomadas pelos enfermeiros na prevenção de eventos adversos favorecem a assistência segura aos pacientes. Propor medidas viáveis que indubitavelmente ajudem a reduzir os eventos adversos na unidade e causar impacto nos indicadores de qualidade e segurança, apesar de os enfermeiros relatarem a ocorrência de um evento adverso, há preocupação com a punição, apontando a necessidade de uma revisão da cultura de segurança na Unidade de Pacientes Críticos no contexto deste estudo.

DESCRITORES: Eventos Adversos. Enfermagem. Unidade Crítica de Paciente. Segurança do Paciente. Notificação de Eventos Adversos.

MALDONADO, Ximena Alejandra Navarro. **Prevenção de eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de pacientes críticos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 106p.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução

Em nível mundial, as Unidades de Terapia Intensiva são o serviço em que há mais eventos adversos, devido à complexidade e gravidade dos pacientes e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos novos e invasivos. Tratamentos medicamentosos de maior complexidade, o uso de muitos medicamentos, a maioria deles intravenosos, as múltiplas interações entre paciente e profissionais, e outros fatores como estresse, fadiga e a necessidade de comunicação próxima entre diferentes profissionais, entre outros, fazem com que os pacientes na UTI estejam em um ambiente de alto risco para a ocorrência de eventos adversos. As teorias de erro desenvolvidas na indústria aeronáutica e outras indústrias de alto risco sugerem que os erros são mais prováveis de ocorrer em sistemas mais complexos, como uma Unidade de Terapia Intensiva (IBEAS, 2010). A segurança dos pacientes é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como "a ausência de risco ou dano potencial associado à assistência à saúde, que se baseia no conjunto de elementos estruturais, processos, instrumentos e metodologias baseados em evidências cientificamente comprovadas para fins de minimizar o risco de sofrer um evento adverso no processo de atenção à saúde ou mitigar suas consequências" (VILLARROEL, 2006). Será entendido como evento adverso uma situação ou evento inesperado relacionado aos cuidados de saúde recebidos pelo paciente, que tem ou pode ter consequências negativas para o mesmo, e que não está relacionado ao curso natural da doença (SIS, 2012). A qualidade do cuidado de enfermagem influencia diretamente a segurança do paciente. A enfermagem está envolvida nesse processo como promotora de ações de segurança por meio de suas práticas de cuidado, sendo necessária a disseminação de cultura não punitiva na organização, para que erros e eventos adversos possam ser relatados, investigados e corrigidos. A notificação voluntária de eventos adversos tornou-se um instrumento essencial na melhoria da qualidade nos sistemas de saúde, e é importante que o profissional tenha clareza para informar oportunamente os erros

cometidos, a fim de conseguir uma reversão da situação - se considerada de alto risco para o paciente. (MARQUES DA SILVA, 2014). Assim, a equipe de Enfermagem que atua nas Unidades de Terapia Intensiva deve estar preparada para as dificuldades do cotidiano, relacionadas à complexidade do cuidado e às cobranças de pacientes e familiares, equipe multiprofissional e instituição. A ocorrência do erro pode causar o sentimento de frustração e constrangimento, dificultando a notificação adequada. (DA COSTA MACHADO, 2015). A gestão do risco de eventos adversos inicia-se na estruturação de um quadro conceitual entregue através da elaboração, em cada instituição, de normas e protocolos que norteiem as ações da equipe de saúde e na padronização dos processos assistenciais. Os diferentes documentos disponíveis são denominados de diferentes formas, guias, protocolos, algoritmos (VILLARROEL, 2016).

Objetivos

O estudo teve como objetivos saber como os enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva concebem um evento adverso; Identificar quais ações preventivas de eventos adversos são utilizadas pelos profissionais de enfermagem, e o que estes propõem; Conhecer os elementos que influenciam a não notificação de eventos adversos; Saber quais estratégias de notificação os enfermeiros sugerem.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que compreende cinco fases. Fase da Concepção que teve início com a identificação da área em estudo, com as questões relacionadas ao problema apresentado na Unidade onde a pesquisadora trabalha conforme as autoras do método (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Essa proposta surgiu da necessidade de se obter uma mudança em nossa prática assistencial, da necessidade de se alcançar estratégias de prevenção de eventos adversos, a fim de melhorar a qualidade do atendimento e torná-lo mais seguro para nossos pacientes. Uma vez que o evento adverso deve ser notificado, a proposta surgiu também da necessidade de identificar quais são os fatores de risco e quais os motivos de sua ocorrência, para que a prevenção fosse possível através da implementação de planos de melhoria regulamentados, com acompanhamento da Coordenadora de Enfermagem em conjunto com o Departamento de Qualidade – onde o impacto dos resultados obtidos

pôde ser medido, dando origem a mudanças que envolveram a participação de todos os profissionais desta Unidade. Durante o ano de 2017 foram apresentados 136 relatos de eventos adversos, sendo os mais frequentes relacionados às práticas assistenciais de enfermagem classificadas como erros na administração de medicamentos, flebite química, úlceras por pressão e auto-retirada de cateteres invasivos. Durante o ano de 2018, as notificações aumentaram para 196, desses: 27% de flebite química, 19,3% correspondendo a auto-retirada de cateteres, 15,3% de erros de medicação durante a administração, e 13,7% de úlceras por pressão de grau 1 e 2. Os 24,7% restantes foram relacionados a outros tipos de eventos adversos. É importante informar que na unidade há cerca de 350 surtos anuais. Fase de Instrumentalização. Esta fase incluiu decisões sobre procedimentos, métodos e técnicas, a escolha do espaço de pesquisa, os participantes para as técnicas de obtenção dos dados, as decisões referentes à organização e o registro de tais dados, a escolha das técnicas de análise de dados e a preocupação com as questões éticas envolvidas nesta pesquisa (TRENTINI E PAIM). Área de estudo. O estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Centro de Saúde particular na cidade de Punta Arenas, Região de Magalhães, Chile, fundada em 1982, com uma população de cerca de 200.000 habitantes. É o único Centro privado existente na região, cobrindo todos os níveis de atendimento. Os principais usuários são os habitantes da região XII, Patagônia Argentina, Ilhas Falkland, e turistas de outros continentes que visitam a região fazendo sua entrada por mar, através do Estreito de Magalhães, ou pelo ar. Participantes do estudo. A pesquisa foi realizada com a participação dos profissionais de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, que em outubro de 2018 totalizava 12 enfermeiros. Todos os profissionais aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária.

No total, houve a participação de 13 profissionais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, baseada em um guia de assuntos ou perguntas. As entrevistas foram feitas com todos os enfermeiros que aceitaram participar através de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. O instrumento possui dados de identificação do participante, além de itens que envolvem os aspectos considerados para estudo e que necessitavam-se especificar através das perguntas, para obter dados que contribuam para os objetivos propostos. As entrevistas foram realizadas após o envio de um convite por escrito para a entrevista, confirmado verbalmente - os convites continham data,

local e horário, considerando o tempo livre de forma individual. Grupo de discussão. Foram realizadas três reuniões do grupo de discussão. O local escolhido para os encontros foi a sala de reuniões da instituição. As apresentações, preparadas digitalmente, foram exibidas num televisor. A primeira reunião do grupo ocorreu no dia 9 de novembro, com a participação de sete enfermeiros (três dos ausentes encontravam-se em serviço e outros dois justificaram sua ausência). Os participantes foram informados que a reunião seria gravada para que fosse ouvida, transcrita e depois codificada de acordo com os objetivos da pesquisa. Em 23 de novembro de 2018 foi realizada uma segunda reunião dos Enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, de um ciclo de três. Teve-se uma visão de como a unidade estava funcionando após a incorporação de mais pessoal, e vimos quais eram os problemas relacionados aos eventos adversos dentro da unidade em questão. O terceiro e último encontro do ano relacionado à pesquisa ocorreu em 31 de dezembro de 2018. Fase de Perscrutação. Aqui são descritas as estratégias utilizadas para obtenção dos dados. Fase de Análise e Interpretação. Essa fase consistiu na análise dos dados. Fase de Transferência. Esta fase foi desenvolvida durante a investigação. A PCA tem a vantagem de convergir em assistência e pesquisa, havendo, durante o processo, uma transferência de conhecimentos de forma permanente, evidenciada nas anotações feitas cronologicamente. Essa transferência esteve também relacionada ao cargo da Pesquisadora como enfermeira Coordenadora do Serviço, encarregada de supervisionar os profissionais que atuavam na unidade, e que pôde assim fazer correções imediatas no momento da investigação de elementos que pudessem induzir ao erro, reforçando o conhecimento dos demais profissionais.

Resultados. Os resultados deram origem as categorias: concepção de eventos adversos; Medidas preventivas de eventos adversos realizadas; Propuestas de medidas preventivas de eventos adversos; Como se realiza una notificação de um evento adverso; Justificativa para não notificar un evento adverso; Estrategias para que ocorra uma notificação de Eventos Adversos. Os resultados retrataram que os enfermeiros concebem um evento adverso como um erro que não pode acontecer novamente, que causa ou pode causar danos ao paciente, que não está programado dentro das atividades de enfermagem e que nada tem a ver com o motivo pelo qual o paciente entra na Unidade. Entre as medidas de prevenção de eventos adversos, eram utilizados checklist dos procedimentos, bundles e protocolos de procedimentos. Outras medidas foram sugeridas, como manter a educação permanente, liderança,

manter a equipe competente, e que, ao existir uma alta demanda por assistência, haja um maior número de pessoal. Percebeu-se que os profissionais de enfermagem, quando realizam uma notificação de eventos adversos, fazem-no verbalmente e por escrito, e imediatamente ao enfermeiro coordenador e/ou médico plantonista, e que a falha em notificar um evento adverso se deve principalmente à ignorância. Nesses casos, o profissional desconhece a prática de notificação e o que uma cultura de segurança significa; a falha ao notificar ocorre também devido ao medo de represálias e punições dentro do ambiente de trabalho. Assim sendo, os profissionais sugerem educação continuada em relação à cultura de segurança, o que inclui como fazer uma notificação e o que significa notificar. Desta forma, possibilitaria-se criar a consciência e a confiança de que relatar um erro não resultará em uma punição, e de que a partir do erro ocorrerá um plano de melhoria que evite cometer a mesma falha em outra oportunidade. Também foi sugerido melhorar a comunicação e a liderança, ferramentas a serem desenvolvidas para prevenção de incorreções.

Considerações Finais

As medidas tomadas pelos enfermeiros na prevenção de eventos adversos favorecem uma assistência segura aos pacientes. Foram propostas medidas viáveis que possivelmente ajudariam a reduzir os eventos adversos na unidade e causariam impacto nos indicadores de qualidade e segurança. Apesar de os enfermeiros relatarem a ocorrência de um evento adverso, há preocupação com a punição, apontando a necessidade de revisão da cultura de segurança na Unidade de Terapia Intensiva no contexto deste estudo. Destaca-se a necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais, de gerenciar corretamente as informações de cada paciente, de uma comunicação eficaz no desenvolvimento de atividades assistenciais e na prevenção de erros relacionados na entrega de turnos, e o fato de que uma troca de informações inadequada repercute no paciente. Foi percebida a importância de manter o pessoal informado sobre os resultados obtidos em um período de tempo mensal ou trimestral e que todos saibam o que está acontecendo na unidade, a fim de participarem da análise de erros e estarem aptos a preveni-los no futuro. É essencial que seja mantida a educação continuada e permanente na Unidade, relacionada ao uso e gerenciamento de equipamentos e ao uso e manuseio de medicamentos, o que pode evitar falhas que culminem em danos ao paciente. Manter a segurança e a qualidade do atendimento é um excelente trabalho que

abrange muitos aspectos, dentre eles garantir um trabalho constante para fortalecer a liderança do profissional de enfermagem quanto à direção e supervisão das atividades assistenciais na unidade, o que o levará a tomar decisões corretas que não prejudiquem o paciente. É essencial que seja mantida a educação continuada e permanente na Unidade, relacionada ao uso e gerenciamento de equipamentos e ao uso e manuseio de medicamentos, o que pode evitar falhas que culminem em danos ao paciente.

DESCRITORES: Eventos Adversos. Enfermagem. Unidade Crítica de Paciente. Segurança do Paciente. Notificação de Eventos Adversos.

MALDONADO, Ximena Alejandra Navarro. **Proposed actions to prevent of adverse events in nursing care in a critical patient unit.** Dissertation (Master in Nursing). Post-Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 106p.

ABSTRACT

Introduction: The quality of care directly influences patient safety. Nursing is involved in this process as a promoter of safety actions through their care practices. There is a need for dissemination of non-punitive culture in the organization, so that errors and adverse events can be reported, analyzed and corrected. **Objectives:** to know how nurses of an intensive care unit conceive or adverse event; identify what preventive actions of adverse events are used by nursing professionals and what they propose; know the elements that influence a notification of adverse events; know or suggest nurses of strategies for notification. **Methodology:** This is a qualitative research of the Convergent care type carried out by nurses from a Critical Patient Unit of a private Health Center in the city of Punta Arenas, Magallanes Region, Chile. Data were collected through a semi-structured interview and discussion group. 13 nurses participated. The results were organized in two manuscripts. The first is entitled "Conception of nurses about adverse events and preventive measures" and portrays that nurses conceive of an adverse event as, an error that can not happen again, that produces harm to the patient or that can cause harm, that does not it is programmed within the nursing activities and that it does not have to do with the reason for which the patient enters; Within the preventive measures, checklists of procedures, bundles and procedures protocols are used and suggest other measures such as maintaining permanent education, leadership, maintaining adequate personnel and when there is a high demand for assistance, there is an extra staff. The second manuscript "Nursing professionals and the notification of adverse events" shows that nurses who make a notification of adverse events are performing it verbally and in writing and immediately to nurse coordinator and not reporting an adverse event mainly it is due to ignorance of the culture of safety and notification of adverse events, it is also due to the fear of reprisals and

punishments within the work environment as strategies for notifying adverse events, suggest continuing education with respect to safety culture, create Awareness and confidence that reporting an error will not have a punitive response and that an improvement plan will be made of the error that avoids making the same mistake at another time and improves communication. Conclusions: The measures taken by nurses in the prevention of adverse events favor safe patient care. Propose achievable measures that will undoubtedly help to reduce adverse events in the unit and achieve an impact on the quality and safety indicators, despite the fact that nurses report the occurrence of an adverse event, there is concern about the punishment, pointing out the need to a review of the safety culture of the critical patient unit in the context of this study.

DESCRIPTORS: Adverse Events. Nursing. Critical Patient Unit. Patient Safety. Notification of Adverse Events.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CISP	Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
EA	Evento adverso
IBEAS	Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos
JCI	Joint Comisión
MINSAL	Ministerio de salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud.
PCA	Pesquisa Convergente Asistencial
SP	Seguridad de paciente
SIS	Superintendencia de Salud.
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
UPC	Unidad de Paciente Crítico
UCI	Unidad de Cuidados Intensivo
WHO	World Healt Organization

INDICE

1 INTRODUCCION.....	25
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
1.2 OBJETIVOS	28
2 SUSTENTACION TEORICA DE LA PROPUESTA.....	29
3 DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
3.1 FASES DE PESQUISA CONVERGENTE ASISTENCIAL	41
3.2 AREA DE ESTUDIO.....	44
3.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	45
3.4 TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACIÓN.....	47
3.5 FASE DE PERSCRUTACION	48
3.6 FASE DE ANALISIS E INTERPRETACION	57
3.6.1 Fase de Aprehensión	57
3.6.2 Fase de Síntesis	60
3.6.3 Fase de Transferencia	61
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	62
4 RESULTADOS.....	65
4.1 MANUSCRITO I - CONCEPCION DE LOS ENFERMEROS ACERCA DE EVENTOS ADVERSOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS.....	65
4.2 MANUSCRITO II - PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	79
5 CONSIDERACIONES FINALES	93
REFERENCIAS	95
APÉNDICES.....	101
ANEXOS	105

1 INTRODUCCION

A nivel Mundial, las Unidades de Pacientes Críticos, son el servicio donde existen más eventos adversos, debido a la complejidad y gravedad de los pacientes, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, a tratamientos medicamentosos de mayor complejidad, la utilización de muchos fármacos la mayoría de ellos intravenosos, las múltiples interacciones entre paciente y los profesionales, otros factores tales como el estrés, la fatiga y la necesidad de comunicación estrecha entre los diferentes profesionales hace, entre otros, que los pacientes en las UCI , se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran eventos adversos. Las teorías del error desarrolladas en la industria aeronáutica y otras industrias de alto riesgo sugieren que los errores tienen mayor probabilidad de ocurrir en los sistemas más complejos, como por ejemplo una Unidad de Cuidados Intensivos (IBEAS, 2010).

La seguridad de los pacientes es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como

la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (VILLARROEL, 2016).

Se entenderá por evento adverso a una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad (SIS, 2012).

La Superintendencia de Salud (SIS) de Chile, intenta adoptar así una cultura de seguridad en los centros de salud, a través de la notificación del análisis de los factores desencadenantes que requieren ser mejorados y así, lograr planes de mejora que permitan disminuir la frecuencia de éstos.

Según el Estudio IBEAS, la gravedad del EA, además de su frecuencia y su evitabilidad, es crucial para poder priorizar los problemas. Para este estudio fue considerado un EA como grave cuando estaba relacionado con la muerte del paciente o cuando provocaba una intervención quirúrgica (debido al riesgo que conlleva) y como

moderados aquéllos que aumentaban la hospitalización o causaban un ingreso (IBEAS, 2010).

En este estudio también se manifiesta el interés por los riesgos de la asistencia sanitaria, se menciona que en 1988, Barr vió en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, Moser en 1956 los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964 Schemel, informa que un 20% de los pacientes que ingresa a un hospital universitario sufrían un tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves, Steel et al en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los cuales una cuarta parte eran graves. En ambos estudios la causa principal está relacionada con error de medicación.

En 1998 el Institute of Medicine (IOM) en EE.UU., inició un proyecto denominado “Quality of Health care in América”, con el objetivo de desarrollar una estrategia para una mejora significativa en la calidad de la atención en este país. Se destaca un primer informe “To err is human” (IBEAS, 2010).

En España, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategia que el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) viene desarrollando desde 2005, y que incluye como objetivos: 1) Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados (entre ellos el estudio ENEAS), formación de los profesionales y promoción de la investigación, 2) Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, 3) Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y 4) Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos (IBEAS, 2010).

En América Latina, se han desarrollado otros importantes estudios para conocer las tasas de eventos adversos en la atención sanitaria. Entre estos, un estudio realizado por Gaitán - Duarte Hernando et al; denominado “Incidencia y evitabilidad de eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006” a nivel latinoamericano reportó que la tasa de eventos adversos varía entre 1% y 22 % dependiendo del Servicio donde se origine la notificación (VERA, 2008).

Los avances tecnológicos en la atención sanitaria, que se han presentado durante los últimos 20 años, su complejidad para ser utilizados, requiere que el personal de salud, esté obligado a adquirir mayores conocimientos con respecto a funcionamiento de equipos, lo

que implica un mayor riesgo en la seguridad del paciente si no existe personal capacitado (VERA, 2018).

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 (SILVA, 2014).

Existe la gran necesidad de propiciar medidas preventivas de eventos adversos en la Unidad de Cuidados intensivos donde se llevará a efecto la investigación, debido a que diariamente se están notificando errores, sin embargo existe una subnotificación de éstos por una serie de factores que se intentan abordar en la investigación. En la unidad de paciente crítico donde se llevara a efecto la investigación se realizan notificaciones de eventos adversos relacionados con procedimientos de enfermería donde los eventos adversos que más se notifican son los relacionados con error de medicación en la administración, úlceras por presión, auto retiros de invasivos y flebitis química.

El porcentaje de de otros eventos adversos es mínimo en la unidad, a pesar de que las notificaciones van en aumento aun se observan una serie de subnotificaciones o notificaciones tardías las cuales no se realizan por desconocimiento de que es un eventos adverso, que es lo que debe notificarse y que no se debe notificar.

Las medidas preventivas pretenden dar mayor seguridad a los pacientes que reciben atención directa por enfermeros que se desempeñan en éste servicio y así mejorar la calidad del servicio otorgado por la institución de salud.

Es de suma importancia darse cuenta que la prevención del evento adverso requiere de muchos factores uno de ellos es lograr manifestar a través de la notificación que se ha cometido un error y es aún más importante que el profesional de enfermería mantenga sus principios éticos, unidos a los valores humanos como lo es la honestidad, concepto relacionado con decir la verdad.

Se observa la necesidad de prevenir que los eventos adversos que ocurren en la Unidad de Paciente Crítico sigan repitiendo y es necesario que el personal que se desempeña en dicha unidad tenga participación activa en los cambios que se generaran de ésta investigación, considerando el trabajo que ha planteado la Organización Mundial de la Salud, con la creación de Alianzas para la Seguridad del paciente.

Los profesionales que se desempeñan en esta unidad deben considerar que los eventos adversos son prevenibles, por lo tanto cada vez que se notifiquen incidentes de seguridad, éstos deben ser analizados en la búsqueda de factores que pudieron interferir en la causa del error. Se debe analizar profundamente la notificación en búsqueda de factores de riesgo que llevan al profesional de enfermería a cometer el error y así poder implementar un plan de mejora continua, supervisado y evaluado, con un control del registro donde se obtengan datos que ayude a disminuir el mismo error y a la resiliencia profesional y de la organización.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué acciones de prevención y seguimiento de eventos adversos se realizan por los enfermeros de una Unidad de Paciente Crítico?

1.2 OBJETIVOS

- ✓ Conocer como las enfermeras de una unidad de paciente crítico conciben un evento adverso.
- ✓ Identificar qué acciones preventivas de eventos adversos utilizan los profesionales de enfermería y cuales proponen.
- ✓ Conocer los elementos que influyen la no notificación de los eventos adversos
- ✓ Conocer que sugieren los enfermeros de estrategias para notificación.

2 SUSTENTACION TEORICA DE LA PROPUESTA

El Progreso del conocimiento y nuestra necesidad de conocer, es el primordial motivo de toda investigación. La investigación constituye junto con la gestión, la práctica y la educación uno de los cuatro pilares en los que se fundamenta la Enfermería. La Investigación se ha utilizado para legitimar la Enfermería como profesión, y esta ha hecho un esfuerzo ímprobo por desarrollar el cuerpo de conocimientos necesario para la prestación de cuidados de salud a la población (VELEZ, 2009).

Existen una serie de habilidades que el personal de enfermería en su diario quehacer le resultan imprescindibles: el autocontrol, el entusiasmo, la auto motivación , la empatía, etc.: la presencia de las mismas facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales , lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral y generar defensas por la reacción positiva a la tensión y al stress (MACHIN, 2015).

Así mismo el desarrollo de la inteligencia emocional debe formar parte del trabajo diario de los profesionales de enfermería los cuales se ven enfrentados a una serie de problemas que deben ser resueltos con sabiduría, continuamente se enfrentan al error, al evento adverso dentro de la atención que realizan. El desarrollo de un liderazgo eficaz con el uso de herramientas para el logro de manejo de emociones.

En pocas palabras, confianza en uno mismo, valentía que proviene del conocimiento certero de nuestras capacidades, valores y metas. La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente (MACHIN, 2015).

A nivel mundial existe un gran preocupación con respecto a la seguridad de los pacientes dentro de los recintos de atención de salud , es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual fue puesta en marcha por el Director General de la OMS, en octubre de 2004, fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos

de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente (OMS, 2005).

El Centro colaborador de la OMS, The Joint Commission International (JCI) definió, el año 2005, Seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, con el propósito de promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad de estos. Destacando las áreas problemáticas dentro de la atención de salud y describiendo soluciones consensuadas para estos problemas, basadas en evidencia científica como en el conocimiento de expertos; las metas internacionales son:

1) Identificar correctamente los pacientes; 2) mejorar la comunicación efectiva; 3) mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo; 4) garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto; 5) reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y 6) de reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Reconociendo la existencia de problemas de seguridad, se puede trabajar en buscar las soluciones a los problemas para entregar una mejor atención a través de la creación y difusión de las soluciones para poder intervenir. Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Commission y que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destacan los siguientes:

- Factores humanos: ratio de profesional-pacientes, turnos, fatiga, capacitación.
- Factores del proceso: análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso.
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario, por ejemplo.
- Gestión de la información: comunicación intra y extra equipo.
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad. Supervisión adecuada.

La OMS, en conjunto con la Alianza de seguridad para los pacientes, en el año 2007, redacta un documento denominado “Soluciones para la seguridad del paciente” en este documento, se destaca que todos los días del año ocurren eventos adversos o que los pacientes sufren algún daño, por lo que es imperioso que los profesionales de enfermería tomen en cuenta esto para poder buscar formas de mejorar sus prácticas asistenciales, aquí se indica que el daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo.

El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano si es que cometía un error (OMS, 2007). La Organización Mundial de la Salud, estima que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura (OMS, 2007).

En el Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) publicado por la OMS en el año 2009, se obtienen varias definiciones de evento adverso, todas guardan relación con que el evento adverso es un incidente que causa daño al paciente y que es un hecho no deseado, involuntario y no tiene relación con la patología del paciente. (OMS, 2009).

La finalidad del marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) es ofrecer un método de organización de los datos y la información sobre seguridad del paciente que es muy necesario y que permitirá agregarlos y analizarlos (OMS, 2009).

Actualmente se trabaja para mejorar la seguridad del paciente, existe un enfoque más constructivo que involucra el trabajo en equipo, reforzar la comunicación efectiva entre el personal y entre el personal y el paciente, con un diseño de protocolos de atención y un gran colaboración de los servicios de apoyo.

En Chile, existe la Ley 20.584 del Ministerio de Salud con la resolución de protocolos de seguridad y calidad de la atención. Esta ley establece que cada vez que ocurra un evento adverso o centinela, éste debe ser informado al paciente o su representante legal o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, independientemente de la magnitud de los daños que aquél haya ocasionado según lo establecido en artículo IV/2012. Esta Ley N° 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas vinculadas a su atención en salud donde se señala que el primer derecho de las personas es Seguridad en la atención de salud:

- ✓ Seguridad del paciente y calidad de la atención de salud.
- ✓ Información de eventos adversos, protocolos y guías de atención y cuidados.
- ✓ Identificar, cuantificar y evaluar permanentemente eventos adversos.

✓ Prevenir infecciones intrahospitalarias, equívocos de identificación y errores quirúrgicos.

La resolución exenta N°1031 del 17 de octubre del 2012, aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de atención (MINSAL, 2012).

Su estrategia es establecer en las Instituciones de Salud un sistema de prevención de eventos adversos, donde el registro y el análisis sea primordial para disminuir la ocurrencia de éstos, identificando las causas principales (MINSAL, 2012).

En todas Instituciones de salud, ya sea pública o privada se debe cumplir con la implementación, seguimiento y monitorización de protocolos y normas establecidas por el Ministerio de Salud de acuerdo a resolución exenta N°1031, cada norma contiene los indicadores que se deben monitorizar para evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos de seguridad del paciente y calidad de atención en salud. Estos serán reportados en forma periódica al Ministerio de Salud (SIS, 2013).

La gestión de riesgo de eventos adversos se inicia en la estructuración de un marco conceptual entregado por la elaboración en cada institución de normativas y protocolos que orienten el actuar del equipo de salud, en la estandarización de procesos asistenciales, los diferentes documentos disponibles son denominados de diferentes formas, guías, protocolos, algoritmos (VILLARROEL, 2016).

Existen varias normas referentes a la seguridad, entre ellas la norma N°2 sobre seguridad del paciente y calidad de atención respecto de reporte de eventos adversos y eventos centinela (SIS, 2013).

A todas las instituciones de salud se les exige, mantener el indicador de Proceso, denominado transfusiones a pacientes según protocolo y prevención de úlceras por presión que deben ser reportados de acuerdo a los formatos establecidos por el Ministerio de Salud en Chile (MINSAL, 2012). También existen los indicadores de resultado como la notificación de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y el reporte de caídas de pacientes hospitalizados y el evento Centinela cuerpo extraño dejado durante el procedimiento.

El Gobierno de Chile, en conjunto con el Ministerio de Salud, publicaron documento denominado Revisión de Estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente, en el cual en la página N°4, se describen varios estudios publicados acerca de los eventos adversos, con tamaño de muestra y resultados, lo que nos demuestra la gran importancia de la notificación del eventos adversos para poder

realizar planes de mejora que tiendan a disminuir la ocurrencia y prevenir para que la atención sea cada vez más segura (MINSAL, 2013).

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha implementado la Acreditación de prestadores Institucionales que permite regular la calidad y seguridad en los procesos de atención, basándose en la reforma de salud del año 2004; este modelo pretende contribuir con las decisiones clínicas y fomentar la evidencia científica. Como mencionamos anteriormente acerca de la ley N° 20.584, publicada por el MINSAL, dice "Que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud", en especial en su artículo 4 menciona "toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad de paciente y atención de salud". Diario Oficial de Santiago de Chile (2012).

En Chile se asigna la responsabilidad legal, ética y social al profesional de enfermería en relación a la gestión del cuidado, esto nos obliga a asumir un compromiso y una responsabilidad: asegurar la continuidad y calidad de los cuidados. Si bien a través de la historia en el profesional de enfermería siempre ha estado presente el otorgar cuidados de calidad, ahora existe un reconocimiento legal a nuestra profesión y como tal debemos evidenciar nuestro rol de gestora de los cuidados. El presente artículo tiene como objetivo abordar aspectos importantes que debe desarrollar y poseer el profesional de enfermería: liderazgo, habilidad de comunicación y toma de decisiones, y cómo éstos se relacionan con la calidad de los cuidados otorgados (ESTEFO, 2010).

La institución en la cual se llevara a efecto la investigación ha adoptado la responsabilidad de llevar a cabo la acreditación de instituciones de salud ya por tercera vez, para lo cual se deben cumplir con una serie de indicadores de calidad y seguridad de atención obligatorias y otras que no son obligatorias, es por esto que la Unidad de paciente crítico es parte importante de la presentación de éstos indicadores de calidad, los cuales deben contar con documentos como protocolos de procedimientos de enfermería y la aplicación de pautas que certifiquen que los procesos se llevan a cabo de forma que si existe error pueda corregirse revisando en forma trimestral resultados y trabajando para mejorarlos si es necesario.

Son considerados principios que cualifican los cuidados de enfermería y dirigen la práctica basada en la evidencia, el compromiso ético y profesional, la realización de procedimientos seguros y adecuados para los pacientes. El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo enfermería como profesión sanitaria y con una base científica y filosófica, donde existen diversos pensadores y creadores de teorías que fundamentan nuestra labor. Las Instituciones de Salud, día a día se esfuerzan por entregar un servicio de calidad y seguridad a todos los pacientes que requieren atención de salud (ESTEFO, 2010).

La seguridad de un paciente es un principio fundamental, que debemos mantener en forma adecuada para lograr el bienestar del paciente. Gestión de riesgo: se considera una disciplina que tiene como objetivo el estudio de los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria mediante su detección y análisis con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad ya que esta es probablemente la dimensión más importante de la calidad asistencial. Esta gestión puede realizarse en tres fases:

1. Identificación de los eventos adversos;
2. Evaluación análisis de la frecuencia, costo y gravedad del riesgo;
3. Generación de un conjunto de actuaciones para prevenir el riesgo, eliminándolo y si no es posible reduciéndolo (VERA, 2008).

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile, define al evento adverso como una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad y define evento centinela a un suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra (MINSAL, 2012).

La seguridad de un paciente puede ser definida como un acto de evitar o prevenir los eventos adversos originados por errores que se puedan cometer. La seguridad del paciente va intrínsecamente ligada al concepto de calidad de atención en salud (ROMA, 2015).

Se estima que aproximadamente el 95% de los eventos adversos no se notifican, es decir, nadie se entera que ocurrió un error. Se está frente a la punta del iceberg, dar a conocer el incidente o evento adverso a través de un documento, no solo depende de la conciencia del error sino también de la voluntad para notificarlo, esto incluye un clima de la

organización positivo y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender el significado de la notificación, como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpar a alguien (OMS, 2009).

Existen algunos conceptos que debemos conocer para lograr entender que es lo que intentamos trabajar (VILLARROEL, 2016).

Error: es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.

Los errores se pueden definir como el uso no intencionado de un plan incorrecto para lograr un objetivo o cuando no funciona correctamente una acción planeada. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión). ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

Los eventos adversos se definen como sucesos clínicos desfavorables que pueden producir la muerte, el riesgo de muerte, hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, o un deterioro significativo, persistente o permanente.

Cultura de seguridad: Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Otra definición que refuerza lo anterior es que la cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de implicación que tienen las organizaciones para minimizar el daño al paciente.

Cultura del evento adverso: existen estudios que revelan que cada institución debe trabajar para mantener una cultura del evento adverso, lo que significa que el profesional de Enfermería debe perder el temor a notificar su error.

La mantención de notificación en forma voluntaria fortalece la cultura del evento adverso, el sistema de notificación, se ha transformado en un instrumento de gran importancia para poder gestionar planes de mejora continua que logren disminuir la probabilidad de cometer el mismo error en forma reiterada y prevenir situaciones de riesgo.

De ahí la importancia que el profesional logre dar el primer paso de notificar el incidente de seguridad y así poder detectar y realizar el análisis, teniendo la oportunidad de una mejora continua, aprendiendo

que dar a conocer el error no significa que recibirá un castigo sino que a través de éste mecanismo podremos aprender del error y así entregar una mejor atención de salud.

El Ministerio de Salud chileno, mediante la Subsecretaría de redes asistenciales, establece protocolos y normas sobre seguridad de pacientes y calidad de la atención en salud para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados (MINSAL, 2013).

En el mencionado documento se destaca que las normas establecidas sobre seguridad de paciente y calidad de la atención son:

1) Reporte de eventos adversos y eventos centinelas; 2) Normas de los programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud; 3) Normas de prevención de errores en pacientes sometidos a procesos quirúrgicos; 4) Normas de prevención de errores asociados a transfusiones y 5) Normas de prevención de errores en la atención de salud y de cuidados del paciente.

Es importante destacar que independiente del formato utilizado (norma o protocolo) que se adopte para elaborar la documentación, los contenidos deben estar sustentados en la mejor evidencia científica disponible adaptada al contexto local.

Existen diez aspectos esenciales que permiten evaluar y proteger la seguridad del paciente lo cual se considera de vital importancia para su utilización en la práctica sistemática de la actividad diaria del personal de enfermería (MINSAL, 2013).

1. Identificación del paciente.
2. Comunicación clara.
3. Manejo de medicamentos (básicos)
 - Paciente correcto.
 - Medicamento correcto.
 - Vía correcta.
 - Dosis correcta.
 - Tiempo correcto.
4. Cirugía y procedimientos.
 - Cirugía o procedimiento correcto.
 - Sitio quirúrgico correcto.
 - Momento correcto.
5. Evitar caída del paciente.
6. Uso de protocolos y guías.
7. Evitar infecciones nosocomiales.
8. Clima de seguridad.
9. Factores humanos.

10. Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones (URBINA, 2011).

Con relación a la seguridad del paciente, en los últimos años, los esfuerzos para evitar errores han aumentado en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Sin embargo, son necesarios más recursos para la formación investigación e implementado de las practicas de prevención de errores. Para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros, los profesionales de salud necesitan tratar este tema como prioridad, pues promover la cultura de seguridad es un elemento clave para estimular la comunicación de errores en las organizaciones de salud.

La seguridad del paciente también puede relacionarse al tiempo de hospitalización, pues pacientes que reciben cuidados críticos, muchas veces existe dificultad en evaluar el grado de daño atribuido a la ocurrencia de error y eventos adversos.

Así el equipo de Enfermería que actúa en las Unidades de Pacientes Críticos debe estar preparado para las dificultades cotidianas, relacionadas a la complejidad de la atención y a cobranzas de los pacientes y familiares, equipo multiprofesional e institución. La ocurrencia del error podrá causar sentimientos de frustración y vergüenza, dificultando la notificación adecuada (MACHADO, 2015). En este estudio se menciona por los participantes los errores más frecuentes como los relacionados con la administración de medicamentos asociados a la manipulación de bombas de infusión, a no tarjar los medicamentos administrados en la prescripción médica, corriendo el riesgo de que se vuelva a administrar. También se menciona la falta de comunicación entre el equipo multidisciplinario que trabaja en la Unidad de paciente Crítico, además de quejas del equipo de enfermería sobre la falta de entrenamiento y capacitación profesional, establecimientos de normas y rutinas, y mejor definición de las funciones de cada categoría profesional. También indicó falta de compromiso del propio equipo, llevándoles muchas veces a actuar “en el modo automático”, perjudicando la atención.

3 DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio es de modalidad cualitativa, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial (PCA). El inicio de éste diseño metodológico comienza en el año 1990, en el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. En su edición de Pesquisa Convergente Asistencial del año 1999, publicándose el libro titulado *Pesquisa en Enfermería: Uma modalidade convergente assistencial*. En el año 2004, se publica *Pesquisa convergente-assistencial: un diseño que une o puede hacer pensar en la práctica asistencial en salud- enfermería*.

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, desarrollando de esta forma un proceso que converge en un punto, siendo de gran relevancia para determinar falencias y así desarrollar un instrumento de apoyo que genere que los profesionales puedan obtener cambios radicales en su diario quehacer en forma permanente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Es importante destacar que ésta modalidad buscó investigar en un área conocida donde el investigador se desenvuelve como profesional de enfermería en el cargo de Coordinadora de la Unidad, teniendo como función principal dirigir y coordinar el servicio en su totalidad, supervisando y corrigiendo el trabajo que realiza el resto de profesionales de enfermería, lo que implica estar sumergida en la atención otorgada a los pacientes en forma directa y permanente. Siendo el motivo principal, lograr fortalecer estrategias de cambios y mejoras en la prevención de eventos adversos.

Este diseño fundamentalmente contó con el apoyo de todos los profesionales de enfermería, que se desempeñaban en ese período en la Unidad de paciente Crítico, se logró involucrarlos en el problema identificado, a través de su participación en la entrevista semi estructurada personalizada, a través de reuniones de discusión y a través del quehacer diario creando así conciencia de la importancia de mejorar en los aspectos donde existen debilidades, para poder así lograr en conjunto las soluciones a esos problemas.

Las prácticas asistenciales para los enfermeros son, al final, “un lugar social y, por lo tanto, un lugar discursivo de donde surgen

cuestiones y soluciones en cuidado de enfermería en el contexto del saber-cuidar-asistiendo, saber-educar-asistiendo, y saber investigar-asistiendo” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.119)

Un concepto de Convergencia en Pesquisa Convergente asistencial se asemeja a una hélice que tiene las propiedades de hacer unión de dos acciones de asistencia con la de pesquisa en el mismo espacio físico y temporal (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014)

Este entrecruzamiento de asistencia como investigación proporciona innumerables posibilidades de descubrir fenómenos que han permanecido subyacentes a la práctica asistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Se ha elegido la PCA para converger la investigación y la practica asistencial dentro de la Unidad de Paciente Critico identificando cuales son los factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de eventos adversos, intentando encontrar junto a los profesionales que se desempeñan en la unidad de paciente critico , acciones preventivas que logren aminorar los eventos adversos, para mejorar calidad de vida de los pacientes proporcionando seguridad en los pacientes , éstas intervenciones deben ser realizadas con los profesionales y no para los profesionales.

En el contexto de la práctica asistencial suscita innovación, alternativas de solución para minimizar o solucionar situaciones adversas renovando prácticas para la superación o maximización de situaciones favorables o que requieran compromiso de los profesionales en incluir la investigación en sus actividades asistenciales, uniendo el saber pensar, con el saber hacer (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

La PCA tiene como principios:

- **Dialogicidad:** Comprensión de la existencia de dos lógicas (de la asistencia y la investigación) El respeto a la unidualidad, es decir, las relaciones de las dos instancias en torno a un fenómeno sin descaracterizar la unidad de cada una de ellas

- **Esencialidad:** Yuxtaposición de la práctica con la investigación.

- **Expansibilidad:** La ampliación o ensanche de las cuestiones tipificadas en problemas de investigación generados en escenarios de la práctica asistencial, desde el carácter de cuestiones directas del cuidar en sí, hasta las más indirectas de gestión del cuidado y asistencia, o de educación en salud.

- **Interfaccionalidad;** La producción de cambios en la práctica asistencial frente a los cuestiones investigativas, y viceversa.

- **Inmersibilidad:** El estar involucrado del investigador al entrar en conexión con la asistencia, insertándose como parte de ella para la producción de cambios compartidos.

- **Simultaneidad:** La investigación y la asistencia guardan sus configuraciones de instancias propias; sin embargo, toman un único fenómeno de la asistencia como problema de investigación de interés coincidente, generando durante la inmersión del investigador en el proceso de asistir (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.1 FASES DE PESQUISA CONVERGENTE ASISTENCIAL

La PCA presenta 5 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.

Fase de Concepcion

Esta fase se inició, con la identificación del área en estudio, con las interrogantes relacionadas con el problema que se presenta en la Unidad donde se desempeña la investigadora (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

La fase de la concepción se basó en la experiencia profesional del investigador en la unidad de paciente crítico en la cual se desempeña desde el año 2007 donde se inauguró la Unidad de Cuidados Intensivos con 6 camas, cada cubículo cumple con la normativa ministerial vigente, aquí la Enfermera investigadora dió inicio a su labor como Enfermera en rol de cuarto turno, encargándose de la atención directa de los pacientes, luego en el año 2011, asume la responsabilidad de la Coordinación de este servicio debiendo asumir el funcionamiento del servicio en su totalidad, cuya función principal es la responsabilidad de organizar, programar y evaluar actividades de Enfermería de la unidad de Paciente Crítico, asegurando una atención oportuna, segura eficiente y eficaz. Desempeñando funciones de carácter asistencial, administrativas, docente y de investigación sin perjuicio de aquello que le encomiende el jefe de la Unidad o que le asignen otras autoridades superiores de la Institución.

Dentro de ésta función principal existen algunos deberes tales como supervisar la ejecución de las distintas técnicas de Enfermería del personal profesional y técnico a su cargo. Determina y evalúa las

funciones, actividades y desempeño del recurso humano, en conjunto con la Enfermera Jefe. Participa en la descripción de requisitos para cada cargo de Enfermería en la Unidad y selección del personal. Y determina en conjunto con el médico Jefe las necesidades, así como las necesidades de materiales y equipos e insumos que faciliten las actividades del equipo de salud.

En base al aumento de demanda asistencial a nivel regional y la necesidad de camas UCI y UTI, la Gerencia general y Directorio de la Institución privada, deciden realizar ampliación del servicio; por lo tanto en junio del 2017 se inaugura la nueva Unidad de Terapia Intensiva creciendo en infraestructura con 4 cubículos, con su estación de enfermería, ofertándose 4 camas más y en cuanto a recursos humanos hubo un aumento de 4 Enfermeras y 4 TENS los cuales cumplen rol de cuarto turno, de ésta forma se constituye la Unidad de Paciente Crítico con 10 camas.

Desde esa fecha la unidad se mantiene con 6 camas de UCI con 6 enfermeras, 4 de ellas en rol de cuarto turno y 2 en rol de largo-largo y 8 TENS y 4 camas de UTI con 4 enfermeras y 4 tens, (cada turno es de 12 horas) luego de más de un año de funcionamiento con la nueva infraestructura y la evaluación del funcionamiento con el personal existente versus la demanda asistencial en forma permanente, se autoriza el aumento del recurso humano de profesionales de Enfermería en el mes de octubre del 2018; por lo tanto desde esa fecha se consideran 12 enfermeras y 13 TENS, siendo un total de 25 personas que se desempeñan en la Unidad de Paciente Crítico, en roles de turno, siendo cada turno de 12 horas.

Esta propuesta surgió de la necesidad de obtener un cambio en nuestra práctica asistencial, en la necesidad de lograr estrategias de prevención de eventos adversos, con el fin de mejorar la calidad de atención y ésta sea más segura para nuestros pacientes, como debe realizarse la notificación del evento adverso, surgió también de la necesidad de identificar cuáles son los factores de riesgos y cuáles son los motivos de su ocurrencia, para poder prevenir implementando planes de mejora regulados, con un seguimiento por parte de enfermera Coordinadora en conjunto con Departamento de Calidad, donde se pueda medir el impacto de los resultados obtenidos, dando origen a cambios que involucren la participación de todos los profesionales de esta Unidad. Durante el año 2017 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.

Se inició el planteamiento del problema en base a la necesidad de complementar las medidas ya existentes con nuevas medidas para que ayuden a prevenir acciones que puedan ser perjudiciales para los pacientes que llegan en busca de una atención de calidad y seguridad y en la necesidad de mejorar los procesos que forman parte diaria de nuestro quehacer, nuestra profesión está intrínsecamente ligada al cuidado, esto requiere que los profesionales tengan amplios conocimientos en técnicas y procedimientos que se realizan en la unidad diferenciando de acuerdo a cada paciente que ingresa con un determinado diagnóstico, incorporando la visión holística del ser humano (PICCOLI, 2014).

En esta investigación también se pretendió lograr mejorar el análisis realizado por cada notificación de evento adverso en la Unidad, profundizando en la identificación de los factores de riesgos modificables, para plantear un cambio significativo en la práctica asistencial de enfermería. Aplicando las 3 fases del análisis 1.- Identificación de los eventos adversos; 2.-Evaluación análisis de la frecuencia, costo y gravedad del riesgo y 3.- Generación de un conjunto de actuaciones para prevenir el riesgo, eliminándolo y si no es posible reduciéndolo (VERA, 2008).

Esto requirió de la participación del personal profesional de enfermería en el proyecto de investigación, tomando así real conciencia y adquiriendo los conocimientos del tema en cuestión, para poder garantizar una atención de calidad, reflexionando acerca de su desempeño, evaluando en forma constante todos sus actos, reconociendo falencias, inexactitudes y equivocaciones como parte de un plan de análisis y prevención de eventos adversos.

Fase de Instrumentalización

Esta fase incluyó decisiones de procedimientos, métodos y técnicas, la elección del espacio de elección de investigación, de los participantes de las técnicas para la obtención de los datos, de las

decisiones de la organización y registro de tales datos, de la elección de las técnicas de análisis de datos y de la preocupación con las cuestiones éticas que envuelve esta investigación (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Se describen a continuación.

3.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en una Unidad de Paciente Crítico de un Centro de Salud privado en la ciudad de Punta Arenas, región de Magallanes Chile, fundada el año 1982, con una población de alrededor de 200.000 hab. Es el único Centro privado existente en la región que cubra todos los niveles de atención, los principales usuarios son los habitantes de la XII región, Patagonia Argentina, Islas Falkland y turistas de otros continentes que visitan la región haciendo su ingreso por vía marítima a través del Estrecho de Magallanes o por vía aérea.

La visión de la Empresa, ha sido ser la mejor institución de salud privada de la región de Magallanes, reconocido por la alta calidad y seguridad de sus servicios percibidos como un referente en la industria de la salud y su misión, contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la región de Magallanes, facilitando el acceso al cuidado de su salud otorgando servicios integrales, oportuno de alta calidad técnica y profesional, financieramente sustentable en un ambiente de calidez y seguridad. Contar con personal competente y comprometido, integrando una red de salud privada con presencia nacional, que fomenta la innovación y mejora continua de los procesos operacionales y de servicio.

Las dependencias de la Unidad de Paciente Crítico cuenta con autorización Sanitaria, otorgada por el Ministerio de Salud de Chile, el año 2007, en cuanto a la planta física, se contaba con 6 camas en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), luego de un proceso de análisis y estudios por parte del Directorio de la Empresa y la Gerencia se decide aumentar la planta físicas y durante el año 2017 se culmina con la ampliación del servicio en cuanto a infraestructura se da origen a la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), creciendo así con cuatro camas más, formando así la Unidad de Paciente Crítico con 10 camas en total, cada Unidad cuenta con una Estación de Enfermería, con mesones y equipos de computación para desarrollar el trabajo administrativo, éstas estaciones presentan áreas limpias y sucias bien delimitadas, muebles para poder mantener todos los insumos estériles y no estériles, con una sala de equipos, cocinilla como sala de estar, baños para el personal diferenciado en damas y varones, se cuenta con equipamiento para dar

atención a pacientes que requieren monitorización hemodinámica invasiva y no invasiva, además de atención a pacientes que requieran ventilación mecánica invasiva y no invasiva, cuenta con equipo de hemodiálisis para proporcionar hemodiafiltración a usuarios crónicos que lo requieran y también con equipo de hemodiálisis de paciente agudo adquirida en el último año.

Como promedio en esta unidad se presentan alrededor de 350 egresos anuales, existen algunos meses del año en los cuales existe disminución del índice ocupacional, debido a diversos factores relacionados con la realidad regional, lo que principalmente repercute en el los días de pacientes en ventilación mecánica y los días de pacientes expuestos a invasivos siendo estos menores en algunos meses del año. Esto también apunta a la menor complejidad de pacientes lo que hace que a menor gravedad de los pacientes exista menor cantidad de notificaciones derivadas de la baja estadía de pacientes en la unidad existiendo variedad de pacientes en los ingresos a la unidad. Existe como promedio anual 519 días de VMI, con 47 pacientes y 873 días de CVC en 104 pacientes, dependiendo del requerimiento del paciente por la necesidad y la complejidad del diagnóstico, como promedio trimestral se realizan alrededor de 30 notificaciones de eventos adversos, relacionados con la atención de enfermería y con factores asociados a los pacientes se cree que existe una subnotificación de errores, restando valor a aquellos que ocurren pero que no perjudican al paciente

Como se indica cada Unidad de paciente cumple con los requisitos en cuanto a infraestructura y a espacio físico normado por el Ministerio de Salud de Chile y se basa en la guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos, donde se plantea que uno de los aspectos más importantes del quehacer asistencial es el que guarda relación con el quehacer sanitario.

3.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

El proceso de Investigación se llevó a cabo con la participación de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Paciente Crítico, los cuales a partir del mes de octubre del 2018 aumentaron en 12 enfermeras, antes de ésta fecha contábamos con 10 enfermeros, 8 enfermeras cumplían el rol de cuarto turno con día (12 horas) y noche (12 horas), 2 enfermeras realizaban rol de día, turnándose cada 2 días, por lo tanto solo durante el día contábamos con 2 enfermeras en UCI y

durante la noche con 1 enfermera, lo que era mucho más dificultoso para los profesionales.

Actualmente son 12 profesionales de enfermería que cubren la totalidad de la unidad, se distribuyen en un rol de cuarto turno , 2 (dos) profesionales en UCI y 1 (un) profesional de enfermería en UTI por turno, cada profesional cuenta con el apoyo de Técnicos en Enfermería a Nivel Superior (TENS) los cuales realizan labores de aseo y confort principalmente, ya que la Enfermera profesional es quien posee la responsabilidad de brindar atención del cuidado realizando el programa de enfermería de cada paciente es quien se encarga de los procedimientos invasivos, instalación de catéteres urinarios permanentes, de sondas naso gástricas de la preparación y administración de medicamentos endovenosos de dar cumplimiento a las indicaciones médicas de coordinar y dirigir a su personal para la asistencia.

Todas las profesionales de enfermería, aceptaron en forma voluntaria, a participar de la investigación, motivadas por el deseo de cooperar en un área un tanto abandonada en nuestro quehacer, la investigación, se vió como una oportunidad de colaborar con este desafío.

La profesional N° 13 que participó en la investigación formaba parte de este servicio y por motivos de salud debió salir de la unidad en forma momentánea, siendo reemplazada por otra profesional que acepto también participar de este estudio, actualmente se desarrolla en otra área.

Se invitó a los profesionales de enfermería a participar, en forma individual a través de correo y luego en forma personal, cada uno de ellos tuvo la posibilidad de rechazar o aprobar su participación en la Investigación.

Para ésto se requirió de un instrumento de autorización por el Profesional de Enfermería a participar en la Investigación. (Consentimiento informado), la obtención de la autorización a participar en la Investigación fue a través de correo, que se envió en forma personal a cada uno de los participantes donde se hizo invitación, señalando que su participación en la Investigación es totalmente voluntaria y la opción es acepto o no acepto, a todos los que aceptaron fueron citados a través de correo a una cita en lugar y hora estipulada, para que den lectura y firmen el consentimiento informado, con la finalidad de que el profesional que acepte pudo programar su tiempo con anterioridad.

Se llevó a efecto la fase de reconocimiento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), con esto se obtuvo un primer acercamiento con los profesionales de Enfermería, en este primer encuentro de forma individual se le explicó el tema de la Investigación, la fundamentación teórica, la motivación y los cambios que se pretenden obtener con la investigación y lo necesario de su participación, para aportar con conocimientos e ideas en la prevención de los eventos adversos relacionados con la atención de enfermería dentro de la unidad, analizando cuáles son los factores de riesgo y trabajar para realizar innovaciones en los procedimientos y crear conciencia de la importancia de la prevención de eventos adversos ya que en la medida que se trabaje en la disminución de éstos, estaremos proporcionando una atención segura a nuestros pacientes, brindando cuidado con calidad, motivando al personal a que se mantenga la notificación de los eventos adversos, como único método de control y de transparentar nuestro trabajo. Así poder entregar y dar a conocer los objetivos propuestos en la Investigación.

3.4 TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACIÓN

En la PCA, los métodos más utilizados son las entrevistas abiertas y no estructuradas, la observación y la discusión de grupo.

Entrevista Semi estructurada.

Se inició la fase de revelación (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014) con la técnica de entrevista semi estructurada, (apéndice B), la cual permitió la obtención de los datos a través de un diálogo entre el investigador y el entrevistado, (profesionales de enfermería), que aceptaron participar en la investigación, esta entrevista, se basó en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información. (SAMPIERI, 2014).

La entrevista contó con un total de 5 ítems relacionados con la investigación, estos ítems cuentan con preguntas abiertas en las cuales se pudo obtener información que se utilizó para el desarrollo de la investigación.

Grupo de Discusión.

Otra técnica de recolección adoptada fue la realización de los grupos de discusión con profesionales que participaron en el estudio.

Este trabajo en grupo, en forma de 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 deletreante de las necesidades, expectativas circunstancias de vida que influyen la salud. El espacio grupal mediado por el dialogo entre profesionales de la salud y los sujetos o la comunidad, permite la construcción de la conciencia colectiva y el encuentro de reflexión con la acción (LACERDA et al., 2013).

3.5 FASE DE PERSCRUTACION

Aquí es donde se desarrollan las estrategias para dar a conocer la forma de obtención de datos.

Entrevista semi estructurada

Las entrevistas se realizaron al total de enfermeras que aceptaron a través de su firma en el consentimiento informado. El instrumento cuenta con datos de identificación del participante, y también con ítems que involucran los aspectos considerados a estudiar y que se requiere precisar a través de las preguntas para obtener datos que contribuyan a los objetivos propuestos. La entrevista contó con 5 ítems y cada uno considero preguntas relacionadas.

El lugar donde se realizaron siete de las entrevistas es un lugar externo a la Institución Clínica, éstos participantes en sus días libres asistieron según el día y hora acordada previamente, esto se repite en dos oportunidades, este lugar se encuentra ubicado en el centro de la ciudad y se contó con locomoción particular al que lo necesitara, este lugar cuenta con los requisitos para sentirse cómodo y realizar las entrevistas en forma privada, es calefaccionado y cuenta con mesas y sillas y la posibilidad de servirse un té o algo de beber, se dio inicio y término a cada entrevista sin interrupciones, con una duración de alrededor de 20 minutos por cada profesional, además se tomó en cuenta la programación entre cada entrevista coordinando el horario de llegada de cada uno, también se utilizó la oficina de Enfermera Coordinadora de UPC con el resto de los participantes. Cada participante fue citada cada 45 minutos para no interferir en su tiempo libre y cada una sea atendida a la hora citada. Esto se cumplió ya que todas llegaron a la hora citada y el tiempo de la entrevista varió entre 20 a 30 minutos.

Para continuar avanzando se acordó con otros tres participantes realizar las entrevistas el próximo fin de semana y en el mismo lugar externo a la Clínica utilizando el mismo método, citándolas en horarios diferenciados con el fin de no interferir mayormente en su tiempo libre,

al ingreso del lugar de entrevista se acomoda y se le entrega una breve reseña acerca de la investigación y luego se da lectura al consentimiento informado, para que éste sea firmado, así se pudo dar inicio a la entrevista, la cual como promedio se realiza en 20 y 30 minutos aproximadamente, lo que permitió tener un tiempo libre entre cada entrevista y además permitir que cada participante no pierda su tiempo esperando. Se realizaron 2 encuentros durante 2 fines de semana, el primer encuentro se logró entrevistar a 4 enfermeras y la próxima semana a 3 enfermeras, logrando así obtener 7 entrevistas realizadas.

El tiempo siguió avanzando y aún quedaban 6 entrevistas que realizar por lo tanto para optimizar el tiempo se acordó en forma individual que el lugar donde se realizaran las entrevistas pendientes sea la oficina de enfermera coordinadora, a tres participantes se le realizó la entrevista coincidiendo el tiempo, con una baja demanda asistencial para no interferir con su trabajo, como ya cuento con la experiencia previa sé que cada entrevista no dura más de 20 minutos, esto permite su realización en tiempo de baja demanda asistencial y en el momento en que otra enfermera se queda a cargo del servicio, esto se efectúa con 3 enfermeros, los cuales están muy complicados en realizar la entrevista en su tiempo libre, debido a otras actividades que realizan, finalmente solo quedaron 3 entrevistas pendientes, conversé con éstos profesionales y acceden a que entrevista sea en sus días libres en oficina de Enfermera Coordinadora, la cual es vidriada con luz artificial y se puede mantener la privacidad durante un periodo prudente para realizar la entrevista, con lo cual se da cumplimiento al total de las entrevistas y a recolección de datos.

Se destaca que cada entrevista que se realizó fue grabada, ya que cada participante tuvo la posibilidad de leer el consentimiento informado y a través de su firma, aceptar las condiciones propuestas, teniendo además la oportunidad de aclarar dudas cuando las tenían. Encontrándose así todos los consentimientos del total de los participantes firmados.

Esta fase se encuentra íntimamente ligada a la fase de instrumentalización y análisis y se expone separadamente por un tema didáctico. La palabra perscrutación significa examinar, investigar rigurosamente, en esta fase es donde el investigador debe demostrar sus habilidades y destrezas técnicas en la práctica asistencial, en el servicio donde se desempeña, y a su vez el desenvolvimiento del conocimiento teórico referente a esta práctica asistencial es donde se debe evidenciar

el compromiso de quien lidera éste proceso (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Grupo de discusión

Se realizaron tres encuentros de grupo de discusión. En el primer encuentro participaron 10 enfermeras/os que cumplen funciones en la Unidad de Paciente Crítico, incluida la investigadora, 11 participantes. El lugar escogido para estos encuentros fue la sala de reuniones de la Institución, 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, en el primer encuentro se dio a conocer el Proyecto de Investigación, los objetivos, se solicitó la opinión a los profesionales con respecto a experiencias relacionadas con los objetivos y a los problemas que acontecen en la Unidad. Al final de la reunión de discusión grupal se agendó el encuentro siguiente.

En el segundo encuentro, participaron 8 enfermeras, se dieron a conocer los resultados de la entrevista, con el fin de discutir y analizar propuestas de acciones de prevención de eventos adversos dentro de la unidad de paciente crítico, y estrategias de notificación de los eventos adversos. Cada participante tendrá 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 la entrevista en forma general y en base a estos resultados de los eventos adversos notificados durante el 2018, 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 tuvo una duración de 1 hora y 30 minutos, cronológica, contó con un acta de los temas a tratar, quedando registro en documentos de anotaciones y la grabación de cada encuentro. Se realizaron tres en total, en el primero se dio inicio a la fase del repartir, esta fase consiste en intercambiar experiencias entre los participantes de manera de establecer condiciones para la toma de decisiones

compartidas referentes al propósito del encuentro (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Es importante destacar que éstas 3 reuniones se realizaron en una sala de reuniones que cuenta la Clínica, donde nos desempeñamos la cual cuenta con capacidad para 20 personas, está implementada con una mesa ovalada con sillas para más de 12 personas, calefacción central y un televisor , para proyectar presentaciones en power point.

A continuación, se detallan las 3 reuniones realizadas con el personal de la unidad, estas reuniones debieron realizarse con un doble fin, tratar los temas relevantes de la unidad y además los temas de la Investigación, por lo compleja de la situación de la Unidad de paciente critico en cuanto a demanda asistencial y recurso humano con disponibilidad para cambios de turnos por mantener personal de enfermería que no es de la región y han presentado solicitudes de cambios de turnos para poder viajar. Este panorama complica la participación de profesionales en las reuniones ya que algunos deben repetirse el turno en esta fecha.

La primera reunión grupal se realizó el 9 de noviembre, se inició a las 16:30 hrs., se realizó en sala de reuniones de lugar de trabajo, lugar que debió ser solicitado con anticipación a secretaria de gerencia de la empresa, posterior a autorización se cuenta en la reunión con la participación de siete enfermeros, tres Enfermeros se encuentran de turno y dos han justificado su ausencia. Se informó a los participantes que la reunión será grabada con el fin de escucharla y transcribirla para que finalmente ésta pueda ser codificada de acuerdo con los objetivos de la pesquisa.

Comenzó la reunión con un saludo a todos los presentes e inmediatamente se comenzó con la presentación en power point, relacionado principalmente con Pesquisa convergente asistencial, esta cuenta con una introducción y con los objetivos de la investigación, además de una breve reseña de la historia del nacimiento de la metodología Pesquisa Convergente Asistencial (PCA).

Dentro de la presentación se incluyeron definiciones de la OMS, de la Superintendencia de salud de nuestro país (SIS) y una reseña de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente que nace de la OMS y su organismo colaborador la Joint Comisión, la cual define 6 metas el año 2005. El 2007 la OMS en conjunto con la Alianza de Seguridad para los pacientes, redacta un documento. El 2009 En el marco conceptual de la Clasificación internacional para la seguridad del paciente CISP, publicado por la OMS. Se continúa con una reseña de la ley 20.584 en

Chile instaurada por el MINSAL. Además, se entrega la definición de evento adverso, evento centinela por Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2012). El 2013 Interviene la Superintendencia de Salud, donde establece que todas las instituciones de salud sean pública o privada debe cumplir con la implementación de protocolos y normas de acuerdo con la resolución 1031. La norma número dos sobre seguridad de paciente y calidad de atención respecto al reporte de eventos adversos y eventos centinela.

Se expuso además que contamos con indicadores de proceso y de resultado, los cuales son evaluados y controlados por nuestro Depto. de Calidad y que contamos con la participación de nuestra Enfermera de Calidad en esta reunión precisamente para aclarar algunos términos y la forma de trabajo en nuestra Clínica, la cual en unos meses más se encontrará en proceso de acreditación por tercera vez, por lo tanto, nuestro trabajo se encuentra abocado a acreditar nuevamente.

Una vez terminada la presentación se cedió la palabra a los participantes de la reunión donde cada uno entregó una opinión con respecto a objetivos de la investigación. Se finaliza y deja programada la segunda reunión para el 23 de noviembre del 2018, con horario y lugar a confirmar a través de correo.

Con fecha 23 de noviembre del 2018, se realizó segunda reunión de Enfermeras de Unidad de paciente crítico, segunda reunión de grupo de Pesquisa Convergente Asistencial (PCA).

Se dió inicio a la segunda reunión de un ciclo de tres reuniones ya contamos con una visión de cómo está funcionando la unidad luego de la incorporación de más personal, vemos cuales son los problemas que se relacionan con los eventos adversos dentro de la unidad, en que estamos fallando, porque seguimos teniendo problemas, hay cosas que van ligadas a la incorporación de nuevas profesionales debido a la poca experiencia laboral, relacionado con el ingreso de pacientes críticos e inherente a una alta demanda asistencial y al período de aprendizaje que conlleva a que las profesionales con mayor experiencia laboral deben enseñar y supervisar el trabajo de enfermeras mas nuevas, lo que aumenta la carga laboral en reunión anterior se tomaron apuntes de algunos conceptos que a su parecer no ayudan a prevenir eventos adversos, son las que abordaremos en la presentación que tienen que ver con el desarrollo del Liderazgo y la Comunicación.

Se utilizó para la presentación equipo TV que se encuentra en la sala de reuniones y se proyecta aquí a través de un computador un power point titulado **“Conceptos de Liderazgo y comunicación como factores en el buen desempeño de nuestro trabajo”**. En Liderazgo

veremos un concepto de autoconocimiento: ayudan a identificar, con qué herramienta cuento yo, cuales me faltan y como puedo desarrollarlas y aplicarlas en mi conducta y desempeño = Comportamiento Humano, el cual es el resultado del proceso reflexivo por medio del cual una persona adquiere noción de su yo y de sus propias cualidades y características.

Se continuó con la presentación con las imágenes de varios sabios que han reconocido la importancia de conocerse a sí mismo como Sócrates, Dalai lama entre otros. La palabra **autoconocimiento** está dentro de las 5 “a” del líder: Autoconocimiento, autoestima, autonomía, autogestión, auto motivación. **Nuestros paradigmas:** salir de nuestra zona de confort. Los paradigmas son una serie de disposiciones (escritas o no) que hacen establecer o definir límites e indicar cómo comportarse dentro de tales límites para tener éxito. **Zona de confort:** es un lugar mental donde el individuo está a gusto con todo, donde no se piensa en cambiar nada de nuestras vidas, pero esta manera de dejarse llevar no es necesariamente buena, ya que en muchas ocasiones está vinculada con una actitud del que no siente más que desinterés e indiferencia y no se preocupa por hacer o solucionar cosa alguna. **Zona de comodidad** = límite de mi experiencia actual. **Zona desconocida** = aprendizaje.

Cuando estamos en la zona de confort no tenemos perspectiva, simplemente estamos dejándonos llevar, lo que supone acomodarse y renunciar a tomar iniciativas que nos ayuden a llevar las riendas de nuestra vida.

Comunicación como método para interactuar con pacientes e interrelaciones profesionales, Verbal: la comunicación verbal se refiere a las palabras que utilizamos, puede realizarse de dos maneras: oral o por medio de la representación gráfica de signos escritos a través de papel o mensajes. **No verbal:** La comunicación no verbal hace referencia a todos aquellos signos que no son palabras orales. Incluye movimientos corporales, postura, gestos, expresión facial, secuencia y ritmo de las palabras. Momentos de la comunicación, el poder de la escucha activa, comunicación empática y asertiva.

Momento de acogida en este segundo momento se produce la escucha activa, pero este momento presenta distintos niveles de escucha, partiendo desde el más alto que corresponde a escucha empática, hasta el más bajo nivel en el acto de escuchar que corresponde a ignorar completamente. **¿Qué es realmente la escucha activa? La escucha activa** significa escucha y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. Escucha activa – El acto de escuchar

Niveles del acto de escuchar:

- ✓ Escuchamos empáticamente
- ✓ Escuchamos atentamente
- ✓ Escuchamos selectivamente
- ✓ Pretendemos escuchar
- ✓ Ignoramos completamente

Para la escucha activa, uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar.

Escucha empática: Empatía es una destreza básica de la comunicación interpersonal, ella permite un entendimiento sólido entre dos personas, en consecuencia, la empatía es fundamental para comprender en profundidad el mensaje del otro y así establecer un diálogo. **Oír:** es simplemente percibir vibraciones de sonido. **Escuchar:** es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye.

Comunicación Asertiva: El asertividad se relaciona con la capacidad de mejorar nuestra habilidad en el trato con otros: incluye una comunicación más eficiente, un control del estrés a través de una mejor relación con otras personas y un manejo adecuado de las situaciones problemáticas sin tener que recurrir a comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores.

Las características son:

- ✓ Persona concreta
- ✓ Dice lo que quiere decir
- ✓ Se centra en el objetivo, no en la persona.
- ✓ Habla de hechos
- ✓ Informa y brinda datos demostrables.

Nos encontramos en esta reunión con las personas con mayor experiencia en el servicio, solo un colega participante, recién cumple un año en la unidad, es bueno que hayan podido participar a esta reunión la gran mayoría de las enfermeras que llevan más tiempo en la unidad, así pueden opinar en base a la experiencia, de lo que está ocurriendo y ser un aporte dentro del servicio, para poder continuar trabajando y ser cada día mejores en el servicio, que no sea prejudicial la incorporación de nuevos profesionales, todos hemos visto que desde que se creó la UTI año 2017 con 4 camas, hubo un aumento de la planta física y también del recurso humano, con la incorporación de 4 tens y 4 enfermeras, desde entonces hemos visto que este cambio ha influido en que las cosas no funcionen como antes, debido a que la mayoría de personal que se encuentra en la UTI, es personal que no tiene experiencia laboral y que ingresa a la unidad teniendo que orientarse y

adquirir herramientas para enfrentar el mundo laboral, ésta es una realidad regional ya que el personal que busca trabajo son los profesionales recién egresados y este personal aún no se encuentra preparado para estar en la UCI, son capaces de hacerse cargo de un turno en UTI, pero aun deben aprender algunas formas de trabajo, creo que es importante buscar formas metodologías de trabajo, para organizarnos y así todos los equipos en funcionen de forma similar.

Lo importante es que ustedes como profesionales se reúnan con su equipo de trabajo y la información siempre sea entregada a todo el personal a través de cada líder de su grupo, por eso es importante trabajar el liderazgo y la comunicación.

Luego tuvo la palabra cada una de los participantes que se encuentra en la reunión, se realiza un extracto de sus opiniones y comentarios con temas relacionados con nuestra investigación, estas respuestas fueron grabadas, transcritas y codificadas.

El 31 de diciembre del 2018, se realizó a la última reunión del año, y la tercera del ciclo de reuniones relacionadas con nuestra Investigación **EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE UNA UNIDAD DE PACIENTE CRITICO**. En esta oportunidad comienza la reunión a las 15:00 hrs debido a que no existía disponibilidad del lugar antes de esa hora.

El lugar de reunión se mantiene al igual que las 2 reuniones anteriores, en sala de reuniones del lugar de la Institución de salud privada, la cual debió ser solicitada con anticipación mediante correo electrónico a secretaria de gerencia, la cual a través del mismo método responde autorización para ser ocupada.

Se contó con la participación de siete profesionales, tres de ellas se encuentran en su lugar de trabajo, motivo por el cual no pueden asistir debido a la alta demanda asistencial que existe y 2 profesionales justificaron su inasistencia por problemas personales atendibles.

Los temas tratados:

- ✓ Revisión de entrevistas de investigación a enfermeras UPC
- ✓ Revisión de eventos adversos presentados durante el año 2018.
- ✓ Presentación en cuadro resumen de los eventos adversos más frecuentes en la unidad.
- ✓ Propuestas y plan de mejora año 2019.

Y varios temas relacionados con la organización de la Unidad de Paciente Crítico.

- ✓ Reunión con técnicos en enfermería y sus planteamientos
- ✓ Organización de turnos (turnos serán modificados de acuerdo con necesidad del servicio)
- ✓ Personal en orientación (4 enfermeras)
- ✓ Vacaciones EU Coordinadora desde el 7 de enero al 27 de enero del 2018.
- ✓ Enfermera a cargo del servicio cumplirá rol de Coordinación.
- ✓ Enfermeras que realizaran reemplazo y se reintegran al Servicio.

Se realizó un resumen de las respuestas entregadas por las profesionales en la aplicación de la entrevista, las cuales fueron presentadas en forma ordenada de acuerdo al orden mantenido y luego se presenta un resumen de los eventos adversos más frecuentes durante el año 2018 de un total de 196 notificaciones realizadas por los profesionales de Enfermería.

EVENTOS ADVERSOS 2018	Enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Flebitis Quimica	4	12	4	3	2	4	7	2	4	2	8	3	53 27%
Auto retiro de invasivos	7	2	2	2	6	2	0	4	0	5	3	5	38 19,3%
Relacionado con administración de medicamentos	7	2	2	2	3	1	2	2	4	1	0	2	30 15,3%
UPP	2	0	2	1	0	0	2	1	4	4	1	10	27 13,7%

Con un 24,7% de otras notificaciones, no representadas en el cuadro resumen, se acordaron las propuestas de plan de mejora en base a principales eventos adversos en la unidad de paciente crítico

Cada turno se encargará de preparar un plan de mejora por uno de los 4 eventos adversos que más se repiten dentro de la unidad, liderado por las Enfermeras, incluyendo a las técnicas en enfermería para la presentación. El programa debe ser presentado por escrito y

presentación en power point a todo el equipo de enfermería, durante el primer semestre del año 2019, este debe incluir.

1. Análisis de cada evento adverso presentado en la unidad.
2. Factores predisponentes del paciente.
3. Cuadro resumen de evento adverso por mes, describiendo detalladamente el evento.
4. Manual de medidas implementadas o cartilla plastificada
5. Medidas que se utilizarán para reducir el evento adverso. (incluye cotización, búsqueda por internet, datos de proveedores etc.)

Se realizó la ronda de opiniones, se extraen las opiniones que tienen relación con nuestra investigación, de la cual se extrajeron opiniones las cuales fueron grabadas, escuchadas y transcritas para luego ser codificadas para nuestra investigación

3.6 FASE DE ANALISIS E INTERPRETACION

3.6.1 Fase de Aprehensión

Esta fase 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 (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

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 3 reuniones realizadas con el grupo pesquisador, se obtuvieron categorías y por cada categoría se extrajo un extracto de la respuesta entregada acorde con el objetivo.

Fue necesario mantener notas durante este proceso, éstas fueron ordenadas y mantenidas por orden cronológico, fueron codificadas, con el fin de que al realizar el análisis de las informaciones obtenidas puedan presentar mayor facilidad en el conocimiento del investigador para poder realizar cambios en cómo prevenir y disminuir los eventos adversos en la Unidad de Paciente Crítico. Dentro de la metodología se incluyeron las notas, en relación con este punto esto se realiza con la participación activa dentro de los procedimientos, supervisión directa a personal tens y enfermeras, la forma de complementar la recopilación de

información, éstas notas fueron ordenadas por orden cronológico, con el fin de facilitar el entendimiento.

NOTAS

13 AGOSTO DEL 2018: Se realizó revisión de ficha clínica de paciente que requiere tratamiento con Inmunoglobulina, en vista que existe gran posibilidad de error se confecciona hoja de control de tratamiento, se envió correo a colegas y se explicó a enfermera de turno de los cuidados que requiere este procedimiento de administración de éste medicamento.

14 SEPTIEMBRE: Se presentaron en la unidad varios eventos adversos relacionados con administración de medicamentos de alto riesgo, PROPOFOL y luego de error en administración de BIC con HEPARINA, en ambos casos el paciente no tuvo secuelas, se realizó entrevistas a cada enfermera encargada del turno, se realizó análisis y se reforzaron las precauciones en la administración de medicamentos de alto riesgo, se designa a enfermera para realizar cartilla con dilución y preparación de medicamentos, la cual ya existe en la unidad pero esta debe tener algunas características con colores para su uso y ésta sea más práctica.

20 SEPTIEMBRE DEL 2018: En Clínica se produce quiebre de stock de set para instalación y medición de PRESION INTRAABDOMINAL (PIA) por lo tanto se requiere que su armado se realice en forma artesanal, se refuerza a enfermera de turno y se envía correo a todas las enfermeras del equipo, explicando la forma del armado artesanal de este insumo y la forma de medición de PIA. Aquí el factor de riesgo no conocer forma de armar kit de presión intraabdominal artesanal.

12 OCTUBRE DEL 2018: 15:27hrs. Se envió correo donde se refuerza el conocimiento de nuestro stock crítico y de la activación de información a Farmacia inmediatamente para su reposición debido a que es una característica de calidad obligatoria, debido a que en semanas previas se utilizó un medicamento del stock crítico y las personas que se encontraban en el turno no activaron el llamado a farmacia, por lo tanto dentro del análisis del error también se detecta que farmacia no tiene un control de su stock crítico en forma diaria y a las 18:18 hrs. Se envió correo informando a colegas que en unidad N° 7 queda equipo de diálisis armado para que puedan practicar, además se describen los insumos que quedaron para ser utilizados.

23 OCTUBRE DEL 2018: 19:16 hrs. Se envió correo informando de Plan de Mejora para prevención de error de medicación. Dentro de este plan se contempla. Lectura de protocolo y firmar

documento de toma de conocimiento. Se debe corregir confección de tarjeta con letra legible, nombre del medicamento, dosis y vía, luego horarios, al reverso en rojo las instrucciones especiales de dilución y o administración. Esto es reforzado en cada turno con cada enfermera.

30 OCTUBRE DEL 2018: 17:15 hrs se envió correo a Enfermeras en base a detección de varias falencias. Informar cada vez que fallen los equipos a través de correo y dejarlos en un lugar marcado, no puncionar, ni colocar líneas arteriales en radial derecha a pacientes infartados ya que ese es el ingreso de elección cuando los pacientes van a Coronariografía y se deben mantener los tratamientos de úlceras por presión que requieren de curación, no deben ser cambiados según criterio de enfermera cada turno, debe existir permanencia en el tratamiento para poder evaluar si este es efectivo realmente.

12 NOVIEMBRE DEL 2018: Se reforzaron los cuidados de enfermería y la forma de administración de tratamiento con Inmunoglobulina, se destaca mantener registro de cada frasco utilizado con el fin de no cobrar demás el tratamiento al paciente ya que este tiene un alto costo.

En cuanto a las entregas de turno, se les refuerza que éstas deben ser pausadas, ya que la persona que recibe la información debe entender lo que se le está entregando, deben utilizar documento de recepción de paciente.

Revisar al ingreso a su turno operatividad de bolsa de resucitación en las unidades, centrales de aire oxígeno y aspiración, equipo desfibrilador y revisar el laringoscopio.

Siempre verificar que tengo armados más de una bolsa de resucitación y un ventilador. Revisar en la bodega cuando ingreso al turno para ver si está ok.

En cuanto a la supervisión de baños a pacientes ventilados se han detectado una serie de falencias por lo que en primer lugar es necesario que siempre se encuentre presente una enfermera en la unidad antes de iniciar el procedimiento, una enfermera debe guiar, debe aclarar dudas, debe educar al personal en cuanto a los riesgos que tiene bañar un paciente en Ventilación mecánica.

24 DE NOVIEMBRE DEL 2018, luego de revisión de registros clínicos Hoja de enfermería se detectan algunos detalles importantes para reforzar horas de traslados: de pacientes a UTI o a otro servicio o Centro asistencial, en cuanto a Invasivos, detallando sus características, permeabilidad, sitios de inserción, número de días fijación etc., Horas de procedimientos, de visitas médicas. En registro de sueros y

medicamentos, dilución bien clara con letra legible y horarios. Registrar hora de los eventos que ocurran durante el turno.

Lo relacionado con IAAS, mantener aislamientos de contacto, registrar en ficha germen identificado y aplicar pautas cuando se realicen hemocultivos.

En cuanto a Calidad cuando realicen notificación de flebitis registrar en libro de entrega, aplicar pauta de prevención de UPP, actualizar la evaluación del paciente, para poder cambiar la programación de enfermería.

11 DE DICIEMBRE DEL 2018 16:10 Se envió correo a grupo de enfermeras de UPC Y se refuerza como prevención de error de medicación los siguientes puntos: NO utilizar abreviatura en rótulos de BIC con sedo analgesia u otros medicamentos preparados. Eliminar ampollas de preparación una vez que he terminado de preparar la infusión así nos aseguramos de que efectivamente preparamos lo correcto. Revisar fecha de vencimiento apenas retiro de pyxis. No apoyar medicamentos preparados en mesones, utilizar riñón. Mantener una porta sueros para dejar todas las drogas de alto riesgo bien señaladas, con el fin de ordenar la unidad del paciente y visualizar en forma rápida los preparados en caso de emergencia éstos sean identificados rápidamente y evitar que se manipule o se administren medicamentos en lúmenes incorrectos.

3.6.2 Fase de Síntesis

Esta fase consistió en la recopilación de toda la información, reduciéndola a categorización por grupos de respuestas, para lograr sintetizar se debe mantener en forma estricta el orden mencionado en la etapa que precede. Las categorizaciones se realizan designando con la letra (E) de enfermero/a y con la numeración de acuerdo al orden en el cual se realizó la entrevista. Previo a esto todas las entrevistas fueron escuchadas por la investigadora y transcribiendo una a una toda la información, al mismo tiempo se plasma en documento Word, luego cada entrevista se imprimió y se adjuntó a cada consentimiento informado firmado por el participante, estos documentos se encuentran a disposición de autoridades de Universidad de Magallanes y UFSC.

Con esta información clasificada se pudo obtener mayor claridad de datos que se requerían para el logro de los objetivos propuestos.

Una síntesis debe mostrar datos esenciales para un desenvolvimiento del fenómeno (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Es por esto que mencionamos el objetivo propuesto en la investigación y la obtención de las categorías obtenidas de acuerdo a los objetivos específicos.

Objetivo: Conocer como los enfermeros de una unidad de terapia intensiva conciben los eventos adversos y cuales acciones preventivas realizan y cuales proponen.

En esta investigación se obtienen las siguientes categorías de acuerdo al objetivo planteado.

1. Concepción de eventos adversos
2. Medidas preventivas de eventos adversos realizadas
3. Propuestas de medidas preventivas de eventos adversos

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

De acuerdo al objetivo propuesto se obtienen las siguientes categorías.

1. Como se realiza una notificación de un evento adverso.
2. Justificación para no notificar un evento adverso
3. Estrategias para que ocurra una notificación de Eventos

Adversos

3.6.3 Fase de Transferencia

Esta fase se desarrolló durante la investigación, la PCA, tiene la ventaja de converger en la asistencia y la investigación, por lo tanto existen durante este proceso una transferencia de conocimientos de forma permanente que quedó evidenciada en las notas que se realizaron de forma cronológica, teniendo mucho que ver con la participación de la Investigadora la cual además tiene el cargo de enfermera Coordinadora del Servicio la cual se encarga de supervisar a los profesionales que se desempeñan en la unidad, pudiendo corregir en forma inmediata cuando se pesquisan elementos que puedan inducir a error, reforzando así los conocimientos de los mismos.

En la UPC donde se desarrolló la PCA, se hizo la transferencia de conocimientos en todas las etapas que intervienen durante la investigación.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

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, el cual fue creado en Octubre del 2011 y ratificado el 2014.

Este documento da fé que la participación de los profesionales fué voluntaria y que toda la información fue debidamente cautelada y utilizada solo para los fines científicos relacionados con la Investigación.

Se envió proyecto de Investigación al comité de ética de la Universidad de Magallanes, con fecha 13 de julio del 2018, una vez de revisado y analizado, se recibió la respuesta el 23 de julio del 2018, con certificado de aprobación 091/CEC/23 julio 2018. (APENDICE C)

En la PCA, los principios morales, el respeto y la dignidad humana forman el fundamento para el desarrollo de la investigación científica por parte de los profesionales, ya que la misma ocurre durante la realización del cuidado al paciente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2004).

El valor social de ésta investigación fue dado por la importancia que significa prevenir y disminuir los eventos adversos relacionados con la atención de enfermería, aportando de ésta forma a entregar mayor seguridad a los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos, la validez de la investigación estará dada por la metodología que se utilizara Pesquisa Convergente Asistencial.

Se realizó una selección equitativa de los participantes en la investigación, todas las profesionales de enfermería que se desempeñan en la Unidad de Paciente Critico, tuvieron la oportunidad de participar en la investigación. Cada una tuvo la posibilidad de rechazar la propuesta a participar, sin que esto signifique que habrá alguna represalia contra ellos.

Se consideró que la investigación será beneficiosa para los participantes puesto que prevenir y disminuir los eventos adversos entrega mayor seguridad y calidad en la atención de enfermería entregada en su diario quehacer, lo que a su vez beneficia al profesional en la seguridad que se adquiere en la realización de los procedimientos, teniendo así la oportunidad de obtener mayor experiencia laboral.

Otro requisito importante considerado fue la proporción del riesgo – beneficio, incorporó los principios de no-maleficencia y beneficencia, éste principio de no – maleficencia sostiene que no se debe causar daño a una persona. El principio de la beneficencia se refiere a la

obligación moral de actuar en beneficio de otros, esto está ligado a la investigación que se desarrollara ya que se pretende aumentar la seguridad en la atención de enfermería, a través de la prevención de eventos adversos. Y se obtendrá el beneficio para los profesionales que participarán de la investigación a través de la adquisición de conocimientos y de desarrollar capacidades como el análisis inmediato de situaciones que pongan en riesgo la calidad y seguridad de atención, así mismo se incorporarán herramientas que puedan ser destinadas a la prevención de eventos adversos.

El proyecto de Investigación fue sometido al análisis y emisión de dictamen favorable N° 091/CEC/ 23 julio del 2018 del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes.

Al ser revisado y debidamente autorizado para poder ser desarrollado, se cumplió con el requisito de no presentar conflicto de intereses por parte de la investigadora, considerando la investigación un beneficio para la sociedad y que los beneficios que se buscan son para los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos a recibir cuidados efectivos, con calidad, brindando seguridad con acciones preventivas de eventos adversos. La recolección de los datos se realizó, una vez que el participante en forma voluntaria aceptó ser parte de la investigación, la invitación a participar fue a través de correo electrónico y además una vez que existió la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Magallanes.

Dentro de los requisitos éticos se cuenta con un consentimiento informado, que los invitados a participar firmaron de forma libre y no forzada, este consentimiento informó acerca de la investigación propiamente tal de los riesgos y beneficios que se pretendió obtener a través de los resultados, se buscó que el personal no se sienta obligado a participar por desempeñarse en el lugar donde se llevará a cabo la investigación (APÉNDICE A).

Cumpliendo con el último requisito ético, el respeto por los participantes se debió considerar la oportunidad que deben tener de retirarse de la investigación y entregarle la seguridad que no se tomarán represalias por su decisión. Asegurándole también que se mantuvo la privacidad de los datos proporcionados, se les informó en forma oportuna los cambios que se realizarían durante el periodo que dure la investigación. Para mantener el anonimato de los participantes, fueron identificados con la letra E (Enfermero/a), seguido de número correspondiente a secuencia de entrevistas.

En la medida que ya se tengan resultados de la investigación, se debe asegurar al participante que se le entregarán ésta información. En el caso que ocurra algún evento adverso durante la investigación con algún participante, éste será protegido y hasta puede ser retirado de la investigación.

Los documentos utilizados en la recolección de datos, como entrevistas, quedarán en poder del Investigador, durante 5 años, luego de esto pueden ser eliminados.

4 RESULTADOS

Este capítulo se compone de dos manuscritos, según la Instancia Normativa 01/PEN/2016, que altera los criterios para la elaboración y el formato de presentación de los trabajos de conclusión de los Cursos de Maestría y de Doctorado en Enfermedad de la UFSC. El primer manuscrito tiene como título “Concepción de los Enfermeros acerca de eventos adversos y mediadores de las medidas preventivas “según el manuscrito titulado “Profesionales de enfermería y la notificación de los eventos adversos”

4.1 MANUSCRITO I - CONCEPCION DE LOS ENFERMEROS ACERCA DE EVENTOS ADVERSOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS.

RESUMEN

Objetivo: Conocer como las enfermeras de una unidad de terapia intensiva conciben un evento adverso, cuáles son las acciones preventivas que realizan y cuales proponen. **Metodología:** Estudio cualitativo, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial (PCA), realizado con 13 enfermeras de una unidad de paciente crítico en Chile. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructurada y con grupo de discusión. **Resultados** las enfermeras conciben un evento adverso como, un error que no puede volver a ocurrir, que produce daño al paciente o que puede producir daño, que no está programado dentro de las actividades de enfermería y que no tiene que ver con el motivo por el cual ingresa el paciente; dentro de las medidas para prevenir se utilizan check list de procedimientos, bundles y protocolos de procedimientos y sugieren otras medidas como mantener la educación permanente, el liderazgo, mantener al personal adecuado y que cuando exista alta demanda asistencial se cuente con personal extra. **Conclusiones:** las enfermeras conciben un evento adverso de acuerdo con las definiciones mundialmente difundidas. Las medidas realizadas como prevención de eventos adversos favorecen una atención segura los pacientes. Proponen medidas alcanzables que sin duda ayudaran a disminuir los eventos adversos en la unidad y lograr un impacto en los indicadores de calidad y seguridad.

DESCRIPTORES: Eventos Adversos. Enfermería. Unidad de Paciente Crítico. Seguridad del Paciente. Notificación de Eventos Adversos.

INTRODUCCION

A nivel mundial existe una gran preocupación con respecto a la seguridad de los pacientes dentro de los recintos de atención de salud, es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cual fue puesta en marcha por el Director General de la OMS, en octubre de 2004, fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. La alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente (OMS, 2005).

Los objetivos de este programa (Programa de seguridad de paciente son entre otros organizar los conceptos y las definiciones de seguridad de paciente y proponer medidas para minimizar los riesgos y mitigar los eventos adversos (BRASIL, 2014). Se identifica como evento adverso (EA) aquel que produce daño al paciente después de que este ingrese a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proporcionado que con la enfermedad de origen (RAMIREZ, 2017).

Una a ocurrencia iatrogénica o evento adverso conforme a la clasificación de organización nacional de acreditación (ONA) puede ser definida como un resultado negativo a la práctica en salud de los servicios médicos, en enfermería y de todo el equipo envuelto en lo asistencial (ONA, 2015). El evento adverso se define como lesión no intencional con resultado de incapacidad temporal o permanente o prolongada en el tiempo de permanencia o muerte como consecuencia del cuidado prestado (MENDES, 2005).

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile, define al evento adverso, como una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad y define evento centinela a un suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra (MINSAL, 2012).

Se ha identificado que uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidad grave o incluso la muerte. (RAMIREZ-MARTINEZ, 2017). Para la Organización Mundial de la Salud, (OMS), la incidencia de eventos

adversos en hospitales es de 9,2% de los cuales el 43,5% se consideran evitables (WHO). En el año 2008 se realiza en 5 países de América Latina el Estudio IBEAS de efectos adversos en hospitales de América Latina, se estudiaron en total 58 hospitales y 11.555 expedientes y se obtuvo un promedio general de 10,5% de pacientes con eventos adversos relacionado con la asistencia sanitaria (MADRID, 2010).

En Chile, se realiza un análisis de eventos adversos en un Hospital público, su tasa de incidencia fue de un 8,3%, el mayor porcentaje de los cuales correspondió a infecciones intrahospitalarias y el 25 % fueron considerado como grave (ALARCON, 2009).

El Ministerio de Salud (MINSAL) n Chile ha implementado la Acreditación de prestadores Institucionales que permite regular la calidad y seguridad en los procesos de atención, basándose en la reforma de salud del año 2004; este modelo pretende contribuir con las decisiones clínicas y fomentar la evidencia científica. Como mencionamos anteriormente acerca de la ley N° 20.584, publicada por el MINSAL, dice "Que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud", en especial en su artículo 4 menciona "toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad de paciente y atención de salud" en Diario Oficial de Santiago de Chile (2012)

Es responsabilidad del enfermero de terapia intensiva cuidar de la persona en las diversas situaciones críticas, de manera integrada y continua con los integrantes del equipo de salud, de modo que el enfermero de unidad de terapia intensiva necesita ser críticamente analizando los problemas y buscando para ellos, garantizando siempre su práctica dentro de los principios éticos y bioéticas de la profesión (VARGAS, 2002)

Existe la gran necesidad de propiciar medidas preventivas de eventos adversos en la Unidad de Cuidados intensivos, donde se llevó a efecto la investigación, estas medidas pretenden dar mayor seguridad a los pacientes que son atendidos, el darse cuenta de lo importante que es la prevención del evento adverso y lograr manifestar a través de la notificación que se ha cometido un error, es de gran importancia, ya que el profesional de enfermería debe mantener sus principios éticos , unidos a los valores humanos. Se observa la necesidad de reducir los eventos adversos que ocurren en la Unidad de Paciente Crítico donde se

desempeña la investigadora por lo tanto es necesario que el personal que se desempeña en dicha unidad tenga participación activa en los cambios que se generaran de ésta investigación, considerando el trabajo que ha planteado la Organización Mundial de la Salud, con la creación de Alianzas para la Seguridad del paciente (WHO, 2010).

En Chile, existe la Ley 20.584 del Ministerio de Salud con la resolución de protocolos de seguridad y calidad de la atención. Esta ley establece que cada vez que ocurra un evento adverso o centinela, éste debe ser informado al paciente o su representante legal o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, independientemente de la magnitud de los daños que aquél haya ocasionado según lo establecido en artículo IV/2012. La resolución exenta N°1031 del 17 de octubre del 2012, aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de atención (MINSAL CHILE, 2012).

Ante lo expuesto, el estudio tuvo como objetivo: Conocer como las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos conciben un evento adverso, cuales son las acciones preventivas que realizan y cuales proponen.

METODOLOGÍA

Este estudio es de la modalidad cualitativa, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial (PCA). La PCA presenta cinco fases interrelacionadas: concepción, instrumentación, perscrutación, análisis e interpretación, descritas a continuación.

La fase de la concepción esto incluyó la búsqueda del área en estudio, la realización de los objetivos que se llevaron a cabo. Esta propuesta surgió de la necesidad de obtener un cambio en nuestra práctica asistencial, en la necesidad de lograr estrategias de prevención de eventos adversos, en la unidad de paciente crítico. La fase de la instrumentalización, esta fase incluyó decisiones de procedimientos, la elección del espacio de investigación, de los participantes de las técnicas para la obtención de los datos, de las decisiones de la organización y registro de tales datos, de la elección de las técnicas de análisis de datos y de la preocupación con las cuestiones éticas que envuelve esta investigación (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

El estudio fue realizado en una Unidad de Paciente Crítico de un Centro de Salud privado en la ciudad de Punta Arenas, región de Magallanes Chile, convirtiéndose en el único Centro privado existente en la región. La fase de perscrutación comprende los procedimientos de recolección de datos. Se utilizó para la recolección de datos una

entrevista semiestructurada y reuniones de discusión grupal. Participaron 13 enfermeros. Se ha preguntado cómo conciben un evento adverso, cuáles son las medidas de prevención que utilizan y cuáles sugieren como nuevas medidas. Cada entrevista duró cerca de 30 minutos, fueron grabadas con autorización de los participantes.

También se realizaron tres reuniones de discusión grupal, organizado en tres grupo, en diferentes fechas, para propiciar la participación de un mayor número de enfermeros. Se realizaron tres encuentros con cada grupo. En un lugar reservado en la UTI, La finalidad de los encuentros fue socializar los datos de las entrevistas, discutir, reflejar y proponer colectivamente medidas para prevención de eventos adversos. Los datos de la entrevista se presentaron con recursos multimedios. Cada reunión contó con la participación en promedio entre 7 y 10 enfermeros y tuvo tiempo medio de duración de una hora y treinta minutos. Los participantes firmaron un consentimiento informado de forma libre y se contó con la autorización para que estas reuniones sean grabadas.

El proyecto fue sometido al análisis y emisión de dictamen favorable N° 091/CEC/ 23 julio del 2018 del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes.

RESULTADOS

En la investigación participaron 13 enfermeros, 12 profesionales de sexo femenino y un profesional de sexo masculino. En esta Unidad de Paciente crítico se cuenta con seis enfermeras con cinco y más años de experiencia laboral, de los otros seis, cuatro de ellos tienen dos años de experiencia laboral en ésta unidad, los otros profesionales cuentan con experiencia laboral en otras áreas del quehacer de enfermería, de las seis enfermeras con cinco y más años de experiencia, solo una cuenta con un Pòs grado en Manejo de Enfermería en Unidad de Paciente Crítico.

La gran mayoría de los participantes y que se desempeñan en esta Unidad han recibido educación formativa de los propios profesionales con mayor cantidad de años de desempeño en la unidad.

Considerando los objetivos tratados, los datos de las entrevistas y grupos de discusión darán origen a las categorías: concepción de eventos adversos; medidas de prevención de eventos adversos; propuestas de medidas preventivas de eventos adversos.

Concepción de evento adverso:

De acuerdo con las expresiones se percibe que la comprensión de las enfermeras sobre eventos adversos se encuentra de acuerdo con lo presentado en la literatura.

Un evento adverso es una situación donde se ocasiona un error relacionado con la atención del paciente (E8).

Algo que no debería ocurrir, que pudo haber causado daño al paciente (E8).

Es algo que esta fuera de lo establecido dentro de la planificación de enfermería (E9).

Medidas preventivas de eventos adversos realizadas:

Dentro de las medidas adoptadas por las participantes para prevenir eventos adversos con los pacientes de UCI están la atención a protocolos, check list e identificación de los pacientes.

Revisión de las indicaciones es en la hoja de enfermería, revisión de brazalete de identificación en la administración de medicamento para ver si es el paciente correcto E2

Los protocolos que están accequible, que podemos volver a revisarlos para que uno no cometa errores. Siempre mis colegas están dispuestas a ayudarte a orientarte o si no a través de un computador donde uno puede leer los protocolos (E6).

[...] check list de procedimientos afuera de la unidad para después ingresar y realizarlo (E9).

Utilizamos protocolos, yo creo que es un tema de prevención, protocolizar nuestras labores (E11).

[...] algo bien concreto, las tarjetas, cada vez le escribimos más a la tarjeta con respecto a la administración de medicamentos, la tarjeta que es algo visual que nos sirve, después los check list que tenemos creo que son buenas medidas que se instauran (E12).

Propuestas de medidas preventivas de eventos adversos:

Como otras medidas de prevención de eventos adversos las enfermeras refuerzan necesidad de cuidados basados en evidencias, mejorar la comunicación interprofesional capacitaciones, protocolos, adoptar bundles y hacer levantamiento estadístico de casos de eventos adversos.

[...] revisión bibliografía con respecto a medicamentos que se haya cometido un error protocolizar procedimientos nuevos, crear protocolos de algún medicamento nuevo que se incorpore (E2).

Conversar bien las cosas en las entregas de turno [...] mejorar la comunicación entre colegas (E4).

[...] en algunas unidades se realiza, dejar el celular en una pieza aparte, cosa que al ingresar al turno no se utilice (E5).

[...] desde la educación hacia el personal. Con la educación podemos prevenir muchas cosas, como prevenir que todo esté en orden, [...] que haya una persona que esté supervisando (E8).

[...] como medida preventiva nosotros deberíamos incorporar la utilización de los bundles, los check list de procedimientos. /revisar los protocolos antes de realizar cualquier tipo de procedimientos, [...] la educación, leerlas, realizar capacitaciones acerca de los protocolos. Ver cuántos eventos adversos se cometieron en el año y hacer una estadística [...] es una medida de prevención [...] (E10).

En el grupo de discusión se obtienen algunas propuestas que se añaden a continuación.

[...] mejora en seguridad de atención al incorporar mayor número de enfermeros por turno (E10).

[...] mejorar el liderazgo de enfermería como medida preventiva de eventos adversos (E8).

DISCUSIÓN

Un evento adverso es la consecuencia negativa de una atención que provoca lesiones no deseadas o una enfermedad que no ha sido evitada, produciendo complicaciones de gravedad y provocando sufrimiento humano e incrementos de los costos financieros. La incidencia de eventos adversos asociados a la hospitalización es del 9,2%, siendo el 43,5% considerado evitable (GONZALEZ, 2018).

Por definición eventos adversos son daños no intencionales, sin relación con la evolución natural de la enfermedad de base, que ocasionan lesiones, las cuales pueden ser medidas por los pacientes afectado, prolongando en tiempo de internación o causando la muerte. En este estudio la clasificación adoptada o establecida más recientemente es que incidente con daño se refiere a los eventos adversos e incidentes son aquellos que no producen daño al paciente (GRILLO, 2017).

Entendiendo por “evento adverso” las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud; las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro del estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos (SALDAÑA et al., 2017).

Son muchas las medidas preventivas que utilizan las enfermeras en esta unidad de paciente crítico, concuerdan con muchas medidas que deben implementarse para poder cometer menos errores que disminuyan los eventos adversos. Nos encontramos con medidas que son universales tales como realizar planes de mejora para que el error no vuelva a ocurrir, utilización de protocolos que se encuentran al alcance del profesional, utilización de los check list de procedimientos para evitar errores, confección de tarjetas con el fin de evitar olvidos y como forma de tener información de cómo preparar los medicamentos, este sistema es de gran ayuda a profesionales con poca experiencia laboral.

Poner en marcha planes de mejoramiento contribuirá a reducir costos, a mejorar la cualificación de su personal a disminuir ingresos y cifras de mortalidad (SALDAÑA et al., 2017). Es de suma importancia que los planes de mejora sean realmente llevados a cabo ya que dejarlos guardados en un archivador no ayuda a que a futuro exista realmente disminución de errores.

Es pertinente mencionar que las enfermeras han sido responsables de la organización y coordinación de las actividades de provisión de

atención en los centros de salud, así como para hacer posible que otros profesionales del equipo de enfermería y otros en el equipo de atención médica para trabajar en los hospitales y clínicas. En este estudio el informe de eventos adversos se presenta como un instrumento de datos y la información que fomenta la comunicación entre los profesionales y que es útil para la gestión (SILVA, 2017).

La OMS recomienda que gestores consideren las expectativas de los ciudadanos en la toma de decisión, determinando que la seguridad del cliente puede ser alcanzada por medio de tres acciones complementarias: evitar la ocurrencia de eventos adversos, hacerlos visibles si ocurren y minimizar sus efectos con intervenciones eficaces (CARVALHO, 2015).

Desde el punto de vista gerencial, es necesaria la comprensión por parte de los gestores de las instituciones de salud, de que los eventos adversos están directamente relacionados con fallas del sistema y no solamente a la escasa o incompetencia profesional. Así mismo mas que buscar culpables es necesario identificar las fragilidades existentes en el proceso de adoptar medidas preventivas (COSTA, 2015).

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema. Son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan el daño o la probabilidad de daño asociado a un incidente. Pueden ir dirigidas al paciente (dispensación de una atención adecuada, apoyo a la toma de decisiones), al personal (formación, disponibilidad de políticas y protocolos), a la organización (mejora del liderazgo o la orientación, evaluación proactiva del riesgo) y a los agentes y equipos terapéuticos (auditorías regulares, funciones forzosas). La detección, los factores atenuantes y las medidas de mejora influyen en las medidas adoptadas para reducir el riesgo y las orientan (WHO, 2009).

Varias estrategias han sido adoptadas para prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos como el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente, la adopción de programas de calidad, la implantación de *check lists* para cirugía segura, implantación de protocolos, capacitación del equipo, evaluación precoz del riesgo de caída y evaluación de los riesgos potenciales para desarrollo de úlcera por presión. La identificación de los riesgos de la asistencia es realizada principalmente por el enfermero, en el momento del ingreso de los pacientes. Tal acción demuestra la gestión del cuidado por este profesional, así como la preocupación con los aspectos éticos y legales a

que la institución tendrá que responder en caso de ocurrencia de daño al paciente (LOPEZ, 2016).

El proceso de administración de medicamentos no puede ser disociado de un trabajo en conjunto e interdisciplinar. La clave para la reducción de errores de medicación es simplificar los procesos reduciendo el número de etapas, estandarizando el sistema, desde la prescripción médica electrónica; sin abreviaciones; con horarios estandarizados; distribución de medicamentos de la farmacia siempre supervisada por el farmacéutico, preferencialmente en dosis unitaria, hasta los protocolos de la administración de medicamentos. De esa forma, la utilización de indicadores de resultados como los eventos adversos son herramientas fundamentales de calidad, ya que apuntan aspectos del cuidado que pueden ser mejorados, haciendo la asistencia a los pacientes libre de riesgos y fallas y, por tanto, más segura (LOPEZ, 2016).

Mejorar la comunicación, asegurándose que ésta sea realmente efectiva, entre los profesionales y con el personal técnico, es primordial, mejorando así la entrega de turno. Mantener la educación continua, a través de capacitaciones donde participe todo el personal profesional y técnico, ayudará a incentivar a los profesionales a que se mantengan actualizados en cuanto a procedimientos, a través de evidencia científica, como medida de adquirir seguridad en los conocimientos y con esto evitar errores.

Mantener información trimestral de eventos adversos ocurridos dentro de la unidad, analizar en conjunto cuales son las causas principales de los errores sin duda que será un gran aporte para crear conciencia de la importancia de hacer planes de mejora que ayuden a mitigar los errores.

Es creciente la preocupación de los proveedores de salud en promover un tipo diferente de asistencia, mas enfocada en el paciente, con menos desperdicio y costos y mejores resultados. En este contexto una de las exigencias para una asistencia de calidad y que en las organizaciones de salud posean un canal de comunicación que permita a los equipos transmitir y recibir informaciones de forma clara y precisa, garantizando mejoras a través de la toma de decisiones, la resolución de conflictos y el alcance de metas institucionales (TIGRE, 2013).

Dada la relevancia del recurso humano de enfermería en este tipo de sucesos sanitarios, las percepciones de estos profesionales y el significado que atribuyen al tema en cuestión se torna un objeto de estudio de relevancia que justifica el indagar en torno a la seguridad de los pacientes desde la óptica de quien brinda la atención. En esa línea,

algunos estudios muestran el involucramiento de las enfermeras en la generación de sistemas seguros, a la vez de asumir el liderazgo profesional para ofrecer al paciente una atención de calidad y libre de riesgos (FERREIRA, 2015).

CONCLUSIONES

Es necesario mantener una cultura de seguridad institucional donde emane un instrumento de notificación de errores de los cuales pueda surgir el análisis a través de la comunicación entre profesionales que logren que el error no se vuelva a repetir para disminuir la incidencia de este y el temor a recibir represalias que afecten la estabilidad laboral.

Esta cultura de seguridad debe ser mantenida a través de mejoras en la comunicación y la educación para que se asegure que ésta no es punitiva, que cada vez que se notifica un error que haya causado o no daño al paciente debe analizarse y buscar los factores de riesgo que ayuden a prevenir futuros errores.

La utilización de herramientas como check list de procedimientos para evitar errores en la realización de éstos, el uso de bundles para vigilar diariamente los invasivos evitando procesos infecciosos por manipulación y un mal control de los días de exposición, protocolizar los procedimientos de enfermería que sean útiles para el trabajo diario, ayudan a prevenir eventos adversos que pueden ser perjudiciales para el paciente.

Es importante también mantener informado al personal de los resultados obtenidos en un periodo de tiempo ya sea mensual o trimestral y que todos conozcan que es lo que está ocurriendo en la unidad con el fin que todo el personal participe en el análisis y se puedan aportar medidas que ayuden a mitigar los errores frecuentes.

Lograr mantener un numero de profesionales acorde a la carga asistencial es de suma importancia ya que con esto se puede lograr obtener mayor seguridad en la atención ya que permite realizar las labores en forma ordenada, programada y coordinada entre profesionales de enfermería que se cooperan y supervisan mutuamente.

REFERENCIAS

ALARCON, G; POMMIER, A. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado Chile: Gerencia de Calidad.** Unidad de Gestión de Riesgo Clínico, p.1- 51, 2009.

BRASIL. Agencia Nacional de vigilancia sanitaria. **Resolución de Directora Colegiada – RDC N° 36, de 25 de julio de 2013.** Institución de acciones para seguridad de paciente en servicios de salud y de y de otras providencias. Diario Oficial de año 2013. Brasilia (DF): Ministerio de Salud, 2013.

CARVALHO, A. et al. Cuidado seguro de paciente: contribuciones de enfermería. **Rev. Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2015.

CHILE. **Diario Oficial Santiago de Chile.** Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2012. Disponible en: <http://www.litoralpress.cl>. Acceso en: 3 ago 2018.

FERREIRA, A.; FORT, V.; CHIMINELLI, T. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 310-315, Abr./Jun. 2015.

GONZALEZ-SAMARTINO, M. et al. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03306, 2018.

GRILLO, K. et al. Carga de trabajo de enfermeros, estrés/burnout, satisfacción e incidentes en unidades de terapia intensiva, **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1720016, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001720016>.

IBEAS. **Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos.** 2010. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas>. Acceso en: 2 mar. 2019.

IBEAS. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

FIGUEIREDO, M.; D'INNOCENZO, M.; Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora, **Revista electrónica trimestral de enfermería**, n. 47, p. 605-620, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

MACHADO, S. et al. Eventos adversos y seguridad en asistencia de Enfermería. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, ene/feb. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p2015>.

MADRID. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. **Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria**, 2010. Disponible en: <http://publicacionesoficiales>.

MARQUES, M. et al. Las razones del personal de Enfermería para notificar eventos adversos. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

MENDEZ, W.; GOMES, I.; Análisis psicométrico de la escala para la predisposición a la aparición de eventos adversos en la atención de enfermería proporcionada en la UCI. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, 2013.

MENDES, W. et al. Revision de estudio de estudios de evaluación de ocurrencia de eventos dversos en hospitales. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MINSAL CHILE. Ministerio de Salud de Chile. **Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de atención del paciente**. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1** Informe Técnico Definitivo. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_re port_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf) .2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo da las soluciones para la seguridad del paciente**. Ginebra: OMS, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Documento publicado y revisado por The Joint Commission Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, 2007. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionSpanish.Pdf>

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE ACREDITACIÓN (ONA). Disponible en: www.ona.org.br/site/redirect_portal.jsp?PAR=internal_institucional.

RAMIREZ, M.E. et al. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. **Enfermería Universitaria**. v. 14, n. 2, p. 111-117, 2017.

SALDAÑA, D.M.A. et al. Caracterización de los eventos adversos o reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. **Rev. Cient. Salud Uninorte**, Bogotá, v. 33, v. 2, 2017.

SILVA, R. et al. Visibilidad de transporte intra hospitalario en unidad de terapia intensiva: estudio descriptivo. **Rev. Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017.

TIGRE, I. et al. Análisis de comunicación de eventos adversos o en perspectiva de enfermeros asistenciales. **Rev. RENE**, v. 14, n. 6, p. 1073-1083, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G. **Pesquisa convergente asistencial**. Delineamiento provocador de cambios y prácticas de salud. 3 Ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SCHMIDT, K. **Metodología de investigación convergente para la asistencia de Enfermería**. Serie Paltex, salud y sociedad 2000, n.10, cap. 11, WDC, 2013.

VARGAS, D.; BRAGA, A.L. O enfermero de Unidades de tratamiento intensivo: reflejado sobre su papel. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 1-6, 2002.

WHO/IER/PSP/2010.2 **La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente no podrá reproducirse ni publicarse sin el consentimiento por escrito de la OMS**, 2010.

4.2 MANUSCRITO II - PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

RESUMEN

Objetivos: identificar como os enfermeros notifican los eventos adversos; conocer los elementos que influyen a una notificación de los eventos adversos e que estrategias sugieren para notificación. **Metodología:** estudio cualitativa, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial, realizado en una Unidad de Paciente Crítico de un Centro de Salud privado en la ciudad de Punta Arenas, región de Magallanes Chile. Participaron do estudio trece enfermeros da unidades, por medio de entrevista y grupo de discusión. **Resultados:** Los enfermeros que realizan notificación de eventos adversos o la 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 y notificación de eventos adversos, 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 a preocupación de la punición, señalando la necesidad de revisar la cultura de seguridad del paciente en una Unidad de Paciente Crítico en el contexto de estudio.

DESCRIPTORES: Eventos Adversos. Enfermería. Unidad de Paciente Crítico. Seguridad del Paciente. Notificación de Eventos Adversos.

INTRODUCCION

La seguridad del paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria (ROCCO, 2017).

La alta incidencia de eventos adversos demostrada a través de estudios epidemiológicos, frecuentemente ocasionados por error

humano, llevaron a pensar nuevamente sobre los modelos asistenciales utilizado hasta entonces. La notoriedad del tema originó campañas, programas y proyectos para orientar acciones para mejores prácticas, disminuir daños causados por prácticas no seguras y estimular la creación de mecanismos de notificación de errores y daños (LOPES, 2017).

La falta de comprensión sobre el error puede acarrear para el profesional involucrado, sentimientos de vergüenza, culpa y miedo, dada la fuerte cultura punitiva aun existente en algunas instituciones, contribuye a ocultar tales acontecimientos. Es necesaria la comprensión por parte de los gestores de las instituciones de salud, de que los eventos adversos están, muchas veces, directamente relacionados con las fallas en el sistema y no solamente a la negligencia o incompetencia profesional. Por eso es imperativo identificar las fragilidades existentes en el proceso y adoptar medidas preventivas más que buscar culpables (LOPES, 2017).

La notificación de eventos adversos es un instrumento de auxilio a la gestión del cuidado a la salud, por ello, es importante en la identificación de problemas y en la búsqueda de alternativas para solucionar incidentes relacionados a las asistencia a la salud, el sistema de notificación de eventos adversos permite a los profesionales de la asistencia compartir responsabilidades con los administradores y estimular acciones correctivas con el fin de evitar la repetición de los errores y prevención de futuros eventos adversos (LOPES, 2017).

Un análisis retrospectivo de 826 boletines de notificación de eventos adversos en un Hospital Universitario del Estado de Sao Paulo, indicó una ocurrencia de 1219 eventos adversos, incidentes y ocurrencias administrativas, siendo que 12,8% fueron en unidades de clínica médica, en relación al lugar de ocurrencia de los eventos adversos, estudio realizado en archivos de 3 hospitales de enseñanza del Estado de Rio de Janeiro, con una muestra de 1.103 pacientes, identificaron que 56 sufrieron eventos adversos evitables, siendo que 56,9% de estos se dieron en la habitación en la Enfermería (NUNES, 2016).

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.

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 (CARVHALO, 2015).

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 (SILVA, 2014).

En Chile, existe la Ley 20.584 del Ministerio de Salud con la resolución de protocolos de seguridad y calidad de la atención. Esta ley establece que cada vez que ocurra un evento adverso o centinela, éste debe ser informado al paciente o su representante legal o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, independientemente de la magnitud de los daños que aquél haya ocasionado según lo establecido en artículo IV/2012.

La resolución exenta N°1031 del 17 de octubre del 2012, aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de atención (MINSAL CHILE, 2012). Ante lo expuesto en este estudio tiene como objetivos identificar como los enfermeros notifican los eventos adversos; conocer los elementos que influyen a una notificación de los eventos adversos y que sugieren de estrategias para notificación.

METODOLOGIA

Se trata de un estudio cualitativo, de tipo Pesquisa Convergente Asistencial (PCA). 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 (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). La PCA contiene las etapas de concepción, instrumentación, perscrutación, análisis y interpretación.

La etapa de concepción comprende u la búsqueda del área de investigación, los objetivos, y la sustentación teórica. En instrumentalización, se decidió acerca de los procedimientos metodológicos como local de la investigación, participantes técnicos de

recolección y registro datos, y cuestiones éticas que envuelven esta investigación (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). El estudio fue realizado en una Unidad de Paciente Crítico de un Centro de Salud privado en la ciudad de Punta Arenas, región de Magallanes Chile, fueron invitados a participar de este estudio los enfermeros de la Unidad de paciente crítico, de los cuales participan 13. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y la discusión de grupo. En las entrevistas fueron abordados cuestiones relacionadas con eventos adversos entre ellas la sub notificación.

Las entrevistas fueron grabadas con autorización de los participantes por medio de la firma de Documento Consentimiento Informado al cual se dio lectura previamente y la oportunidad de firmar de forma libre si no está de acuerdo. Después de la realización de todas las entrevistas se realizaron tres reuniones de discusión grupal. Los encuentros fueron programados en diferentes fechas y fueron grabados. Cada reunión conto con la presencia de 7 enfermeras como promedio. La finalidad de los encuentros fue compartir y extraer los datos recogidos de las entrevistas y buscar estrategias conjuntas para mejorar la notificación de eventos adversos considerando su importancia en la seguridad y calidad de la asistencia.

Cabe destacar que, durante el proceso de investigación, no solamente hubo mayor atención de los enfermeros en cuanto a seguridad de paciente en busca de evidencia, como también ocurrió que hubo mayores registros de notificaciones.

O proyecto fue sometido al análisis y emisión de dictamen favorable N° 091/CEC/ 23 julio del 2018 del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes.

Los datos recolectados 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.

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 notificacion del evento adverso.

Las enfermeras enfatizan que la notificacion 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 notificacion.

Primera instancia comunico verbalmente a superiores (E2).

[...] notificación y 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).

Justificacion 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).

[...] el miedo, generalmente puede ser que las personas tengan miedo a notificar, pero miedo relacionado a que las personas puedan recibir algún castigo o que vaya a repercutir en forma negativa en su trabajo (E2).

[...] 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).

El 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, 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 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 (DIAS, 2017).

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.

Los estándares del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales en Chile, incluyen en el ámbito de Gestión Clínica una característica que exige a los establecimientos disponer de un sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que identifique además, cuáles serán los eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo a realidad asistencial, cual (es) será (n) el (los) método (s) de vigilancia, y cual el procedimiento de reporte y registro (SIS, 2011).

Conseguir avances en la mejora de la seguridad del paciente requiere investigación en cuatro áreas: determinar la magnitud de los riesgos relacionados con la atención sanitaria; analizar los factores que contribuyen a la aparición de resultados adversos estableciendo cuales son evitables o reducibles; identificar soluciones efectivas y sostenibles para lograr una atención más segura; y evaluar el impacto de los eventos adversos sobre pacientes, profesionales y sistema sanitario, así como la aceptabilidad la sostenibilidad de las soluciones (AIBAR-REMON, 2017).

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

la mayoría de los participantes demostró percepción de cultura de seguridad desfavorable a la comunicación sobre los errores asistenciales y apuntó para cultura punitiva todavía existente en la institución, lo que puede justificar la cantidad reducida de notificación de errores (SOUZA, 2015).

En la actualidad, la seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes que requieren de revisión y desarrollo, para establecerlo como un valor necesario en la atención de enfermería. Se hace necesario identificar el conocimiento que tiene el personal sobre el EA desde su concepto, y la percepción y la cultura que tienen en cuanto al reporte, si cuentan con un instrumento para realizarlo y la información que se genera a partir de los datos obtenidos (RAMIREZ, 2017).

En México no existe la cultura de reportar, por lo que a nivel nacional, se dispone de escasos datos estadísticos que permitan realizar

estudios de investigación para identificar la incidencia y prevalencia de los eventos adversos y del clima de seguridad imperante en los servicios de salud nacionales: es preciso concienciar al personal de enfermería de la necesidad de generar una cultura de seguridad que incida de manera favorable en la disminución de los eventos adversos relacionados con su actividad laboral (RAMIREZ, 2017).

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 (OLIVEIRA, 2018)

Actualmente y pese a la importancia de documentar los eventos adversos para garantizar la continuidad, calidad y seguridad de los cuidados, existe escasa investigación sobre que informan las enfermeras en los registros electrónicos de salud a través de los lenguajes enfermeros estandarizados y el proceso de prestación de cuidados (GONZALEZ, 2017)

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 (UCI) son servicios de alta complejidad cuyo objetivo es brindar una atención integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, con riesgo de muerte y complicaciones irreversibles; por lo tanto requieren de tratamientos complejos, un número elevado de medicamentos, diversos procedimientos invasivos uso de la tecnología, monitoreo constante y la toma de decisiones inmediatas; aspectos que desencadenan que la persona en estado crítico sea vulnerable al daño iatrogénico, lo cual aumenta la aparición de eventos adversos (SALDAÑA et al., 2017).

Estas unidades se convierten en un lugar adecuado para poner en marcha sistemas que permitan la detección y el registro, así como medidas encaminadas a prevenir o minimizar la aparición de errores que

puedan ocasionar eventos adversos. Sin embargo, al revisar la literatura se encuentran muy pocos estudios que evidencien un análisis y propuestas de mejoramiento a partir de la identificación de los eventos adversos reportados (SALDAÑA et al., 2017).

La comunicación entre las personas operativas del servicio, tanto entre ellos como con profesionales de otros servicios, se torna de relevancia como un elemento de soporte ante el evento adverso, así como para la disminución de los errores, coincidiendo con estudios sobre el tema. Se resalta la necesidad de formar una cadena de seguridad, donde el clima organizacional y la apertura al dialogo en forma horizontal, involucrando a mandos medios, personal operativo, e incluso al paciente y su familia, se visualizan como posibles acciones para generar ambientes seguros en la atención sanitaria (FERREIRA, 2014).

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 (FERREIRA, 2014).

Existen estudios realizados en EE.UU. Australia, Reino unido, Nueva Zelandia, Canadá Holanda y Suecia constataron que entre un 2,9 % a 16,6% de los pacientes internado 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 (CARVALHO, 2015).

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 (CARVALHO, 2015).

Estos aspectos abordados forman parte de la cultura de seguridad que debe permear las instituciones y procesos sanitario, uno de los requerimientos esenciales para evitar en la mayor medida posible los efectos adversos, además de generar un proceso de aprendizaje de los errores de forma proactiva, formativa y generadora de buenas prácticas. La cultura de seguridad permite generar ciclos virtuosos para diseñar procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. (FERREIRA, 2014).

CONCLUSION

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

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.

REFERENCIAS

AIBAR-REMON, C. et al. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. **Gac Sanit.** v. 33, n. 3, p. 242-248, 2019.

CARVALHO, A.; GARCIA, P. Carga de trabajo de enfermería y ocurrencia de eventos adversos en terapia intensiva: revisión

sistemática. **Rev. Esc. Enfermería USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 683-694, 2015.

DIAS, D; et al. Eventos adversos en Unidades de Terapia Intensiva: estudio bibliométrico, **Rev. Fund. Care** v. 9, n. 3, p. 669-675, jul/sept. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017>.

FERREIRA, A.; FORT, V.; CHIMINELLI, T. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 310-315, Abr./Jun. 2015.

GONZALEZ-SAMARTINO, M. et al. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03306, 2018.

FIGUEIREDO, M.; D'INNOCENZO, M.; Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora, **Revista electrónica trimestral de enfermería**, n. 47, p. 605-620, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

MINSAL CHILE. Ministerio de Salud de Chile. **Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de atención del paciente**. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf

NUNES, N. et al. Un retrato de los eventos adversos en una clínica médica: análisis de una década. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21 n. esp., p. 01-10, 2016.

OLIVEIRA, G. et al. Factores de riesgo par muerte em pacientes com eventos adversos no infecciosos. **Rev. Latinoam. Enferm**, v. 26, e3001, 2018.

RAMIREZ, M.E. et al. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. **Enfermería Universitaria**. v. 14, n. 2, p. 111-117, 2017.

ROCCO, C.; GARRIDO, A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. **Revista médica Clínica las Condes**. Santiago, v. 28, n. 5, p. 785-795, 2017.

SALDAÑA, D.M.A. et al. Caracterización de los eventos adversos o reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. **Rev. Cient. Salud Uninorte**, Bogotá, v. 33, n. 2, 2017.

SILVA, R. et al. Visibilidad de transporte intra hospitalario en unidad de terapia intensiva: estudio descriptivo. **Rev. Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SIS). **Seguridad del paciente y Calidad de la atención para se aplicados por los Prestadores Institucionales Públicos y Privados**. Resolución exenta N°1031 2012. Disponible en: www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html

SOUZA, V. et. al. Errores y eventos adversos: la interfaz con la cultura de seguridad de los profesionales de salud. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 01-08, Jul/Set. 2015.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G. **Pesquisa convergente asistencial**. Delineamiento provocador de cambios y prácticas de salud. 3 Ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

5 CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos en nuestra investigación señalan una serie de propuestas de prevención de eventos adversos en la Unidad de Paciente Crítico con el fin de lograr entregar una atención de calidad y seguridad al usuario.

Las unidades de paciente Crítico son una de los servicios donde se presentan la mayor cantidad de eventos adversos, esto tiene directa relación con la complejidad de los diagnósticos de los pacientes, con el manejo de equipos con tecnología avanzada, con la administración de una serie de medicamentos que deben ser manejados de acuerdo a su preparación y de drogas que pueden causar la muerte si se comete un error en la programación de una bomba de infusión.

Es necesario implementar una cultura de seguridad organizacional, que promueva la notificación del evento adverso para su posterior análisis y creación de planes de mejora que favorezcan la prevención de los errores y la disminución de aquellos eventos que más se repiten. Esto permitirá que los profesionales tengan la confianza de informar en forma oportuna y revertir la situación del paciente lo antes posible, sin temor a recibir represalias por dar a conocer un error cometido. Incluir la existencia de 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.

El mayor temor de los profesionales es el relacionado con el ámbito laboral, perder su trabajo, o ser amonestado o sentir que todos se van a enterar por no existir confidencialidad. El desconocimiento de la característica principal del manejo de los eventos adversos, la no punición es relevante debido a que también influye en la subnotificación. Es necesario implementar medidas preventivas de eventos adversos en la unidad que sean realmente efectivas que tengan un impacto en la estadía del paciente, con la mantención del uso de check list de procedimientos se puede evitar cometer un error si el profesional no tiene gran experiencia y espertiz. Y muy importante la implementación de protocolos de procedimientos de enfermería como herramienta educativa a los nuevos profesionales es muy valiosa también el fomento de la lectura que facilite el conocimiento, es una gran medida que aportará sin duda alguna a prevenir y por ende a disminuir los errores.

Se señala la necesidad de mejorar la comunicación entre profesionales, es fundamental el manejo de la información de cada

paciente en forma correcta, la comunicación debe ser efectiva en el desarrollo de actividades asistenciales y en prevención de errores relacionados con la entrega de turno y una información inadecuada que tenga repercusión en el paciente. Es importante mantener informado al personal de los resultados obtenidos en un periodo de tiempo ya sea mensual o trimestral y que todos conozcan que es lo que está ocurriendo en la unidad con el fin de que se participe en el análisis y esto pueda prevenirse.

Mantener la educación continua y permanente en la Unidad relacionada con el uso y manejo de equipos, con el uso y manejo de drogas, que puedan evitar cometer un daño al paciente. Mantener la seguridad y calidad de atención es una gran labor que abarca muchos aspectos. Mantener un trabajo constante para fortalecer el liderazgo del profesional de enfermería en cuanto a la dirección y supervisión de actividades asistenciales en la unidad que lo lleve a tomar decisiones correctas que no perjudiquen al paciente. Mantener un número de profesionales competentes de acuerdo a la demanda asistencial y carga laboral esto se puede lograr obtener mayor seguridad en la atención ya que permite realizar las labores en forma ordenada, programada y coordinada entre profesionales de enfermería.

REFERENCIAS

AIBAR-REMON, C. et al. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. **Gac Sanit.** v. 33, n. 3, p. 242-248, 2019.

ALARCON, G; POMMIER, A. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado Chile: Gerencia de Calidad.** Unidad de Gestión de Riesgo Clínico, p.1- 51, 2009.

BRASIL. Agencia Nacional de vigilancia sanitaria. **Resolución de Directora Colegiada – RDC N° 36, de 25 de julio de 2013.** Institución de acciones para seguridad de paciente en servicios de salud y de y de otras providencias. Diario Oficial de año 2013. Brasilia (DF): Ministerio de Salud, 2013.

CANALES CERON, M. **Metodologías de Investigación social.** Santiago: Lom ediciones, 2006.

CARVALHO, A. et al. Cuidado seguro de paciente: contribuciones de enfermería. **Rev. Cubana de Enfermería,** v. 31, n. 4, 2015.

CARVALHO, A.; GARCIA, P. Carga de trabajo de enfermería y ocurrencia de eventos adversos en terapia intensiva: revisión sistemática. **Rev. Esc. Enfermería USP,** São Paulo, v. 50, n. 4, p. 683-694, 2015.

CASTAÑEDA, H. et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Ciencia y enfermería,** v. 19, n. 2, p. 77 -88, 2013.

CHILE. **Diario Oficial Santiago de Chile.** Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2012. Disponible en: <http://www.litoralpress.cl>. Acceso en: 3 ago 2018.

DIAS, D; et al. Eventos adversos en Unidades de Terapia Intensiva: estudio bibliométrico, **Rev. Fund. Care** v. 9, n. 3, p. 669-675, jul/sept. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017>.

ESTEFO, S.; PARAVIC, T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. **Cienc. Enferm.,** Concepción, v. 16, n. 3, dic. 2010.

EMANUEL, E. **¿Qué hace que la investigación clínica sea ética?** Siete requisitos éticos. 2005.

FERREIRA, A.; FORT, V.; CHIMINELLI, T. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 310-315, Abr./Jun. 2015.

FIGUEIREDO, M.; D'INNOCENZO, M.; Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora, **Revista electrónica trimestral de enfermería**, n. 47, p. 605-620, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

GONZALEZ-SAMARTINO, M. et al. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03306, 2018.

GRILLO, K. et al. Carga de trabajo de enfermeros, estrés/burnout, satisfacción e incidentes en unidades de terapia intensiva, **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1720016, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001720016>.

IBEAS. **Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos**. 2010. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas>. Acceso en: 2 mar. 2019.

IBEAS. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

IZQUIERDO, E. Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev. Cuba enferm*, v. 31, n. 3, jul/sep. 2015.

IZQUIERDO, E.; MARTINEZ, M.; RAMIREZ, B.; Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería. **Rev haban cienc méd**, La Habana, v. 15, n. 4, jul/ago. 2016.

LACERDA, A.B.M. et al. Oficinas educativas como estrategia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiology - Communication Research**, v. 18, n. 2, 2013.

LEAPE, LL. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J med.** v. 324, n. 6, p. 377-384, 1991.

LOPEZ, M.; D'INNOCENZO, M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 16, n. 47, jul. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

MACHADO, S. et al. Eventos adversos y seguridad en asistencia de Enfermería. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, ene/feb. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p2015>.

MADRID. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. **Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria**, 2010. Disponible en: <http://publicacionesoficiales>.

MARQUES, M. et al. Las razones del personal de Enfermería para notificar eventos adversos. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

MENDEZ, W.; GOMES, I.; Análisis psicométrico de la escala para la predisposición a la aparición de eventos adversos en la atención de enfermería proporcionada en la UCI. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, 2013.

MENDES, W. et al. Revision de estudio de estudios de evaluación de ocurrencia de eventos dversos en hospitales. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MINSAL CHILE. Ministerio de Salud de Chile. **Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de atención del paciente**. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf

NUNES, N. et al. Un retrato de los eventos adversos en una clínica médica: análisis de una década. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21 n. esp., p. 01-10, 2016.

OLIVEIRA, G. et al. Factores de riesgo par muerte em pacientes com eventos adversos no infecciosos. **Rev. Latinoam. Enferm**, v. 26, e3001, 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1** Informe Técnico Definitivo. Disponible en: www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf. 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo da las soluciones para la seguridad del paciente**. Ginebra: OMS, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Documento publicado y revisado por The Joint Commision Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente**, 2007. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionSpanish.Pdf>

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE ACREDITACIÓN (ONA). Disponible en: www.ona.org.br/site/redirect_portal.jsp?PAR=internal_institucional.

PICCOLI, T. et al. Reflexión sobre algunas teorías de Enfermería a partir de modelo de validación de Meleis. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 437-442, abr/jun. 2015.

RAMIREZ, M.E. et al. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. **Enfermería Universitaria**. v. 14, n. 2, p. 111-117, 2017.

ROCCO, C.; GARRIDO, A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. **Revista médica Clínica las Condes**. Santiago, v. 28, n. 5, p. 785-795, 2017.

RODRIGUEZ, Y. Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2014 web.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf

ROMA, T. Cultura y clima organizacional para seguridad de paciente en Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de la Escuela de Enfermería USP**, v. 49, n. esp, p. 123-130, 2015.

SAEZ, E.; INFANTE, A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. **Revista Chilena de Medicina Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 209-223, 2004.

SALDAÑA, D.M.A. et al. Caracterización de los eventos adversos o reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. **Rev. Cient. Salud Uninorte**, Bogotá, v. 33, v. 2, 2017.

SILVA, R. et al. Visibilidad de transporte intra hospitalario en unidad de terapia intensiva: estudio descriptivo. **Rev. Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017.

SILVA, G.R. et al. Los resbalones, lapsus y errores en el uso de equipo de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos. **Revista de la Escuela de enfermería de la USP**. v. 50, n. 3, 2016.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SIS). **Seguridad del paciente y Calidad de la atención para se aplicados por los Prestadores Institucionales Públicos y Privados**. Resolución exenta N°1031 2012. Disponible en: www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html

SOUZA, V. et. al. Errores y eventos adversos: la interfaz con la cultura de seguridad de los profesionales de salud. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 01-08, Jul/Set. 2015.

TIGRE, I. et al. Análisis de comunicación de eventos adversos o en perspectiva de enfermeros asistenciales. **Rev. RENE**, v. 14, n. 6, p. 1073-1083, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Pesquisa convergente asistencial**. Delineamiento provocador de cambios y prácticas de salud. 3 Ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SCHMIDT, K. **Metodología de investigación convergente para la asistencia de Enfermería**. Serie Paltex, salud y sociedad 2000, n.10, cap. 11, WDC, 2013.

URBINA, O.; Competencias en enfermería para la seguridad del paciente. En: Revista Cubana de Enfermería. 2011, vol. 27 no. 3, p. 239-247.

VARGAS, D.; BRAGA, A.L. O enfermero de Unidades de tratamiento intensivo: reflejado sobre su papel. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 1-6, 2002.

VARGAS, R. et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. **Revista Enfermería Global**, v. 15, n. 42, 2016.

VERA, L. **Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente**. Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente. 2008. Disponible en:
www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf

VILLARROEL, X.; FEBRE, N. Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 22, n. 2, ago. 2016.

WHO/IER/PSP/2010.2 **La Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente no podrá reproducirse ni publicarse sin el consentimiento por escrito de la OMS**, 2010.

APÉNDICES

APENDICE A - CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada **“PROPUESTAS DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO” en la ciudad de Punta Arenas - Chile** es realizada por la Enfermera Ximena Alejandra Navarro Maldonado, RUT:98853979, alumna del programa Magíster Interinstitucional en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil y la Universidad de Magallanes, Chile y Profesora, Dra. Eliane Regina P. Do Nascimento como docente guía. El objetivo de este estudio es proponer intervenciones en la prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico, con el fin de identificar los factores de riesgos que prevalecen en la ocurrencia del evento adverso durante la Atención de Enfermería, poder actuar y tomar medidas que disminuyan la recurrencia de ellos.

Si Ud. acepta colaborar en este estudio, se le solicitará acceder a una entrevista semiestructurada realizada por la Co-Investigadora y a participar en discusión grupal a través de 3 encuentros programados, tanto la entrevista como los encuentros grupales, tendrán una duración de una hora y 45 minutos, éstos podrán ser grabados, si existe la autorización individual y en los encuentros grupales, si la mayoría de los participantes está de acuerdo, ambas actividades serán programadas fuera del horario de trabajo para no interferir en los cuidados de los pacientes. Para ésta grabación no se utilizarán dispositivos móviles.

Una vez recolectada la información ésta será guardada y protegida en un disco duro externo por un período de 5 años, luego se destruirá.

Los resultados de la investigación serán publicados en revista científica, los participantes tendrán acceso a ésta información a través de correo electrónico enviado por la co - investigadora una vez que esto se materialice.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación. Con su participación Ud. estará contribuyendo a profundizar el conocimiento.

Durante su participación, Ud. puede realizar las preguntas que estime conveniente y en cualquier momento puede retirarse si lo desea. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted, el derecho de hacérselo saber al investigador o si prefiere, no responderla.

Su participación en este estudio no implicará riesgos de ningún tipo ni costos para usted, como tampoco ingresos monetarios.

Si tiene alguna duda sobre la presente investigación o desea obtener más información, puede contactarse con la investigadora, Enfermera Universitaria, Licenciada en Enfermería Ximena Alejandra Navarro Maldonado, al correo electrónico euxnavarro@gmail.com o solicitar una reunión a través de celular 968315613

Al finalizar la investigación, un resumen de los resultados quedará a su disposición, el que puede solicitar mediante correo electrónico a la co-investigadora.

Este documento se firmará en dos ejemplares, quedando una copia en forma de tesis de posgrado disponible en la Biblioteca de la Universidad de Magallanes y un ejemplar en poder del investigador.

Desde ya se agradece su participación.

 Marque con una x su opción.

Acepto No acepto Participar voluntariamente en la investigación **“PROPUESTAS DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO”**, en Punta Arenas REGION DE MAGALLANES - CHILE”.

Nombre Completo del participante _____

RUT _____ Firma _____

Fecha _____

Yo he explicado personalmente el estudio de Investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él /ella entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consciente libremente en participar de esta investigación.

Nombre completo del Investigador _____

RUT _____ Firma _____

Fecha _____

APENDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Fecha.....
Hora de inicio..... Hora de término.....

Nombre:
Rut:.....
Profesión:.....

I. RELACIONADO CON TIEMPO DE DESEMPEÑO PROFESIONAL

- 1.- ¿En qué año egresó de la Universidad?
- 2.- ¿Desde esa fecha cuanto tiempo ha estado sin desempeñarse en un servicio de salud?

II. RELACIONADAS CON CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCION.

- 1.- ¿Qué es para usted un evento adverso y de qué manera lo informa a sus superiores?

III. RELACIONADA CON PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES FRENTE AL EVENTO ADVERSO.

- 2.- ¿Qué medidas implementa usted para sentirse seguro/a, que la actividad que va a realizar esta correcta? (técnica de enfermería)

IV. RELACIONADA CON COMPETENCIAS y VALORES DEL PROFESIONAL

- 3.- ¿Qué valores considera usted que tienen directa relación con la notificación del evento adverso?

V. RELACIONADA CON PRÁCTICA ASISTENCIAL

- 4.- ¿Qué dificultades cree usted que los profesionales se ven enfrentados para poder realizar la notificación de los eventos adversos?
- 5.- ¿Qué medidas son necesarias para que los profesionales hagan una notificación?
- 6.- ¿Qué medidas preventivas de eventos adversos implementaría en la Unidad de Paciente Crítico?

ANEXOS

ANEXO A – CERTIFICADO CEC



Comité de Ética Científico
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Universidad de Magallanes

Punta Arenas, julio 23 de 2018.

CERTIFICADO N° 091/CEC/2018

Nombre del Proyecto: "Propuesta de acciones de prevención de eventos adversos en los cuidados enfermeros en una unidad de paciente crítico"

Investigador Responsable : Eliane Regina Pereira Do Nascimento

Co investigador : Ximena Alejandra Navarro Maldonado

Institución Responsable : Universidad de Magallanes
Universidad Federal de Santa Catarina

De nuestra consideración:

Habiéndose constituido el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes y una vez revisado el proyecto "Propuesta de acciones de prevención de eventos adversos en los cuidados enfermeros en una unidad de paciente crítico", se verifica que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo del respeto y la dignidad de los probandos, es por ello que este Comité **APRUEBA** el proyecto de investigación.

Dra. Mariela Alarcón Bustos
Presidenta
Comité de Ética Científico
Universidad de Magallanes

MAB/cjp
c.e.: archivo