

Artículo original

Percepción de enfermería sobre la notificación de eventos adversos en cuidados intensivos pediátricos

Nurses' Perceptions about Adverse Event Reporting in Pediatric Intensive Care

Mirelys Sarduy Lugo^{1*} <https://orcid.org/0009-0009-1749-9403>

Yuliett Mora Pérez² <https://orcid.org/0009-0003-5563-6989>

Anabel Sarduy Lugo³ <https://orcid.org/0000-0001-7666-7846>

Yuleidy Fernández Rodríguez⁴ <https://orcid.org/0000-0002-7483-9381>

¹Hospital Provincial Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Departamento de Docencia e Investigación. Villa Clara, Cuba.

²Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Universitario “Gustavo Aldereguía Lima”. Departamento de Docencia e Investigación. Cienfuegos, Cuba.

³Universidad Estatal Provincia Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Carrera de Enfermería. Santa Elena, Ecuador.

⁴Hospital Provincial Gineco-Obstétrico “Provincial Mariana Grajales”. Departamento de Anestesiología y Reanimación. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: mirelyssl@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La notificación de eventos adversos es reflejo de la calidad asistencial de enfermería y de la cultura de seguridad.

Objetivo: Identificar la percepción de enfermería sobre la notificación de eventos adversos en cuidados intensivos pediátricos.

Métodos: Estudio cualitativo, de tipo investigación convergente asistencial, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Pediátrico “José Luis Miranda”,

Cuba, de octubre a diciembre del año 2022. Participaron 38 enfermeras, por medio de entrevista informal, observación participante y grupo de discusión. Los datos recogidos en el proceso investigativo fueron organizados por analogía de información y analizados de forma cualitativa, ello incluyó el descubrimiento, codificación y relativización de la información, lo cual permitió identificar categorías, codificar estas categorías y establecer relaciones.

Resultados: Los participantes percibían que la notificación de eventos adversos se realizaba de forma verbal al jefe de equipo de enfermería. La ausencia de notificación ocurría por desconocimiento de los aspectos de la cultura de seguridad, temor a sanciones y no existencia de un sistema de notificación. Como parte de las estrategias para la notificación de eventos adversos los enfermeros sugirieron la realización de talleres y cursos formativos sobre cultura de seguridad, crear un ambiente laboral no punitivo que favorezca el análisis y aprendizaje de cada error.

Conclusión: Los profesionales de enfermería perciben que se notifican de forma espontánea los eventos adversos en cuidados intensivos, existe la necesidad de formar al personal en cultura de seguridad del paciente y diseñar un sistema de vigilancia de eventos adversos.

Palabras clave: Near Miss Salud; enfermería; unidades de cuidados intensivos pediátrico; seguridad del paciente; notificación; pediatría.

ABSTRACT

Introduction: Adverse event reporting is a reflection of nursing care quality and safety culture.

Objective: To identify nurses' perception about adverse event reporting in pediatric intensive care.

Methods: A qualitative study, of convergent care research type, was carried out in the intensive care unit of Hospital Provincial Pediátrico José Luis Miranda, in Cuba, from October to December 2022. Thirty-eight nurses participated in an informal interview, with participant observation and a discussion group. The data collected in the research process were organized by information analogy, as well as qualitatively analyzed. This included the discovery, coding and relativization of the information, which allowed to identify and code these categories, as well as establishing relationships.

Results: The participants perceived that adverse event reporting was done verbally to the head nurse. The lack of reporting was due to lack of knowledge about safety culture aspects, fear of sanctions and the nonexistence of a reporting system. As part of the strategies to encourage adverse events reporting, the nurses suggested holding workshops and training courses on safety culture, as well as creating a nonpunitive working environment that favors the analysis and learning from each error.

Conclusion: Nursing professionals perceive that adverse events in the intensive care settings are reported spontaneously. There is a need to train such staff based on a patient safety culture and to design an adverse event surveillance system.

Keywords: near miss health; nursing; pediatric intensive care units; patient safety; reporting; pediatrics.

Recibido: 21/01/2023

Aprobado: 27/05/2023

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define seguridad del paciente (SP) como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que incluye el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas 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.^(1,2,3)

Sin embargo, aunque el concepto de SP y los aspectos relacionados con él se recogen desde los inicios de la civilización, y de que la práctica asistencial tiene como uno de sus fundamentos: “Primero no dañar”, esta ha convivido por mucho tiempo con el error y el daño a los pacientes.^(4,5)

En tal sentido, las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) constituyen áreas de hospitalización donde se manifiesta la máxima expresión del cuidado, dado que los pacientes que en ellas son atendidos presentan situaciones graves que generan altos niveles

de dependencia del personal sanitario; al unísono, la complejidad del entorno tecnificado, multi y transdisciplinar puede suscitar errores en la atención de salud.⁽⁶⁾

Por tales motivos, en las UCIP adquieren mayor trascendencia los aspectos relacionados con la SP, lo cual desde hace varios años es uno de los centros de atención de las políticas de salud de cada país, incluido como elemento esencial del entorno organizativo para la ejecución de cuidados.^(7,8)

La OMS define un evento adverso (EA) como aquel “incidente imprevisto e inesperado que ocurre como consecuencia de la atención hospitalaria y que produce la muerte, discapacidad, prolongación de la estancia, o el reingreso del paciente”.⁽⁹⁾

Según datos publicados por esta organización, referentes a la SP, los EA derivados de una atención con brechas en la seguridad representan una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo; en los países ricos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños durante la estancia hospitalaria, estos EA pueden ser prevenibles hasta en el 75 %.⁽¹⁰⁾

En Cuba, no se encontraron estudios publicados donde se informe sobre la incidencia o prevalencia de EA en UCIP; sin embargo, en la atención al paciente adulto, *Mora*⁽¹¹⁾ estudió 517 pacientes de enero a septiembre de 2017 y encontró que fueron reportados 259 incidentes en 182 pacientes.

Si se tiene en cuenta que los EA son prevalentes en las Unidades de Cuidados Intensivos, que se ha observado una reducción notable de la notificación de estos por parte de enfermería y que se desconoce cómo las enfermeras ejecutan el proceso de notificación de eventos adversos en este contexto de actuación, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la percepción de enfermería sobre la notificación de EA en la UCIP.

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo, de tipo investigación convergente asistencial (ICA) en la UCIP del Hospital Provincial Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de Villa Clara, Cuba, entre los meses de octubre a diciembre del año 2022.

Según *Trentini*,⁽¹²⁾ la ICA es un método de investigación cualitativo que se caracteriza por la realización de mejoras con introducción de innovaciones en el contexto de la práctica asistencial de enfermería. Es orientada por sus propios atributos: inmersibilidad; simultaneidad; expansibilidad y diálogo.

La ejecución del estudio contó con cinco fases que se describen a continuación:

A) Fase de concepción

Participaron 38 enfermeras que representaban la plantilla de la unidad en el período en que se desarrolló la investigación. El problema identificado fue el descenso de la notificación de EA por parte de enfermería, durante el año 2021, en la UCIP ocurrieron alrededor de 266 ingresos anuales y fueron notificados 56 EA, los más frecuentes relacionados con las prácticas asistenciales de enfermería, pero solo un 5 % de estos fue notificado por este personal.

El estudio tuvo como preguntas orientadoras: ¿cómo se produce la notificación de EA por parte de enfermería?, ¿cuáles son los criterios de enfermería sobre los elementos que influyen en la decisión de no notificar? y ¿cuáles son las estrategias que sugiere el personal de enfermería para la notificación de EA en la unidad?

B) Fase de instrumentalización

El escenario elegido fue la UCIP de Villa Clara, que tiene en la actualidad 39 años de fundada y una dotación total de 10 camas de hospitalización; en ella laboran 38 enfermeras, de ellas 26 (68,42 %) son licenciadas y 12 (31,58 %) cuentan con nivel técnico.

Se utilizaron como métodos para la obtención de la información la entrevista informal, la observación participante y los grupos de discusión (GD). La entrevista informal se realizó con el objetivo de conocer las características generales de la población de estudio y los criterios de los participantes en relación con la notificación de EA, esta se efectuó por parte de la autora principal, de forma flexible, sin límite de tiempo y durante la práctica asistencial, que se dividió en turnos de 12 h de trabajo, siempre se tuvo en cuenta realizar las entrevistas en el horario de la tarde, cuando la presión asistencial es menor, y nunca durante una urgencia.

La observación participante se realizó con el objetivo de ver cómo se desarrolló la notificación de EA en la unidad, esta técnica se superpuso con la entrevista informal, dado que las investigadoras se encontraban involucradas en la práctica asistencial de la unidad, esto permitió que ambas técnicas pudieran ser aplicadas en el mismo contexto y los hallazgos encontrados fueron llevados a un diario de campo, donde se registraron como: anotaciones de campo, de observación y de entrevista.

Fueron realizados cuatro GD, las reuniones se desarrollaron en el aula de la UCIP, que se adecuó de forma tal que todos los participantes se encontraran al mismo nivel, los asientos fueron numerados en su parte posterior, lo cual permitió organizar la recogida de los datos tanto escritos como grabados; los GD fueron realizados por las cuatro investigadoras que cumplieron funciones diferentes: la autora principal fue la moderadora, la segunda autora fue la registradora de las notas de campo, la tercera autora realizó las grabaciones de los audios y la cuarta autora realizó las grabaciones de los videos. Se conformaron dos grupos de nueve enfermeras y dos grupos de diez; la duración promedio de las reuniones fue de una hora y fueron grabados audios y videos, lo que permitió el registro exacto de los datos, para grabar los audios se colocaron tres móviles que contaban con la aplicación Grabadora en lugares diferentes dentro del aula, de forma previa se probó la calidad de las grabaciones de estos dispositivos en situaciones similares en el mismo recinto.

Los videos fueron realizados utilizando un solo móvil y la aplicación para ello con que cuenta el dispositivo. La finalidad de los encuentros fue socializar los datos de las entrevistas y las observaciones, analizar, reflexionar y hacer propuestas colectivas de estrategias de mejoras en la notificación y vigilancia de EA.

C) Fase de elaboración de datos

Organización de información recolectada durante la práctica asistencial e investigativa, de cada anotación conseguida y de los acuerdos logrados en los cuatro GD, se establecieron categorías y, por cada una de ellas, se seleccionó un resumen de la respuesta en relación con el objetivo. A los participantes se les identificó por la letra E, en alusión a la profesión de enfermería, seguido del número correspondiente al orden de la entrevista y la observación.

D) Fases de análisis

Los datos recogidos fueron organizados por analogía de la información y se tuvieron en cuenta el objetivo del estudio y las categorías identificadas: Proceso de notificación del evento adverso; motivos para no notificar eventos adversos y estrategias para la prevención, notificación y vigilancia de los eventos adversos en cuidados intensivos.

El análisis de los datos fue cualitativo, ello incluyó el descubrimiento, codificación y relativización de la información, lo cual permitió descubrir categorías, codificar estas categorías y establecer relaciones. En este proceso de codificación e identificación de categorías se utilizó el método de colorímetro.

E) Fase de interpretación

Comprendió tres pasos fundamentales: síntesis, teorización y transferencias. Para ello se realizó un profundo análisis de los resultados de la etapa anterior, lo cual permitió costurar la información de cada categoría que emergió durante el análisis.

La inclusión de los participantes en el estudio se realizó mediante la explicación previa por parte de las autoras del objetivo y alcance de la investigación y la solicitud del consentimiento informado de forma verbal y escrita, también se le garantizó la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo desearan sin que esto trajera consecuencias para su vida laboral.

Además, la presente investigación es parte de un proyecto doctoral, no asociado a programa del Plan de Ciencia e Innovación Tecnológica que se encuentra aprobado por el Consejo de Dirección de la Institución con número de acuerdo 90/2022 del 20 de noviembre del 2022, y que cuenta con la aprobación del Comité de Ética con número de acuerdo 36/2022 del 7 de noviembre de 2022 y del Consejo Científico con número de acuerdo 46/2022 del 2 de noviembre de 2022, avalado para su ejecución por la Resolución 80/2022 del 24 de noviembre de 2022, que nombra a la autora principal como jefa del proyecto titulado: Sistema de vigilancia de eventos adversos en unidades de cuidados progresivos pediátricos.

Resultados

La edad de los participantes varió de 23 a 53 años; 30 de ellos son de sexo femenino y cinco del sexo masculino. Los años de experiencia laboral del personal de enfermería en la UCIP osciló entre uno a 25 años.

Proceso de notificación del EA

El personal de enfermería percibe que la notificación de EA que se realiza en la UCIP se hace de forma espontánea y verbal al jefe de equipo de enfermería.

“Solo notifico cuando queda evidencia del hecho y lo hago de forma verbal al jefe de equipo de enfermería” (E4), (E1), (E9), (E30), (E35), (E3), (E6), (E10), (E33)

“A veces, dependiendo del médico que esté de guardia, la notificación verbal se le hace a él, pero la mayoría de las veces es al jefe de equipo de enfermería” (E5), (E7), (E12), (E19) (E38)

“No tengo idea de lo que es notificar eventos adversos, cuando tengo una dificultad de índole asistencial se lo digo al jefe de equipo o a la jefa de la sala” (E2), (E 11), (E22), (E27), (E32)

“La forma que se utiliza es verbal o con el jefe de equipo, la jefa de enfermeras o el médico que está a cargo” (E15), (E18), (E21), (E29), (E34), (E36).

“Sé que es importante notificar los eventos adversos que ocurren, pero aquí no hay modelo oficial para eso, en verdad se realiza verbal” (E8), (E17), (E20), (E23), (E25), (E28), (E37).

“Solo existe la notificación verbal, y no hay mucha cultura en la sala de notificar eventos adversos” (E13), (E14), (E16), (E 24), (E26), (E31)

Motivos para no notificar EA

Fueron precisos los motivos del personal de enfermería de la UCIP para no notificar los EA que ocurren, la generalidad percibía que esto sucedía por desconocimiento de los aspectos de la cultura de seguridad, temor a sanciones y no existencia de un sistema de notificación.

“Se desconoce, de forma general, sobre estos temas, hay muchos jóvenes trabajando en la unidad y también tienen miedo de que los sancionen” (E3), (E6), (E10), (E15), (E16), (E28), (E32), (E36), (E38).

“Muchos enfermeros no están de acuerdo en notificar, lo ven como un chivatazo” (E8), (E11), (E13), (E22), (E30), (E37).

“Temor o miedo. Por lo general las personas se ven reflejadas en lo que les pasa a otros y, en muchas ocasiones, hemos tenido enfermeros sancionados” (E1), (E4), (E9), (E12), (E18), (E21), (E25), (E31), (E35)

“[...] influye la falta de valores como honestidad y responsabilidad” (E2), (E7), (E14), (E19), (E23), (E26), (E33).

[...] la ausencia de un modelo para hacerlo de forma escrita [...] (E5), (E17), (E20), (E24), (E27), (E29), (E34).

Estrategias para la prevención, notificación y vigilancia de los EA en cuidados intensivos

Como parte de las estrategias para mejorar la notificación de EA, las enfermeras sugieren la realización de talleres y cursos formativos sobre cultura de seguridad, crear un ambiente laboral no punitivo que favorezca el análisis y aprendizaje de cada error, diseñar un sistema de vigilancia de EA donde confluyan enfermeros, cuidadores y otros profesionales de la unidad con la utilización de las tecnologías de la información.

“Capacitar [...] y crear las herramientas para garantizar una mejor notificación, también optimizar el control, porque lo que no se controla no se hace” (E5), (E10), (E12), (E20), (E22), (E28), (E30), (E35), (E36).

“Lograr un ambiente donde no prevalearan las sanciones” (E1), (E3), (E4), (E10), (E11), (E14), (E15), (E16), (E31), (E34), (E38).

“La participación del cuidador en la notificación puede ser fundamental” (E2), (E6), (E8), (E9), (E13), (E17), (E19), (E23), (E25), (E27), (E29).

“Crear un acceso en hoja impresa, es decir un modelo impreso y también en versión digital como una aplicación” (E7), (E18), (E21), (E24), (E26), (E32), (E33), (E37).

Discusión

Los EA son fenómenos complejos que afectan a los pacientes, las instituciones y los profesionales que en ellas laboran. Sus causas se relacionan con la aparición de múltiples factores, que tienen que ver tanto con la organización como con el desempeño del personal de salud.⁽¹³⁾

Según *Nazario* y otros,⁽¹⁴⁾ entre las dificultades que afectan la notificación se encuentran la falta de recursos materiales y humanos, miedo o vergüenza, actitud institucional punitiva, falta de amparo, falta de estímulo para la notificación y vacíos en el conocimiento de los profesionales.

Resulta comprometedor que en las UCIP laboren enfermeras inexpertas, ya que no cuentan con las suficientes herramientas teóricas y prácticas que les permita comprender la importancia de la notificación de incidentes, lo cual expone a los infantes a situaciones de gran riesgo para su salud.

En consecuencia, en Cuba existe la modalidad de formación de licenciados en Enfermería verticales en cuidados intensivos, y aunque no soluciona de forma total este problema sí permite una mejor adquisición de habilidades en los estudiantes en estos entornos de atención durante el último año del pregrado, que sin duda influye en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Por otra parte *Flores* y otros⁽¹⁵⁾ reportan una relación directa en la UCIP entre la incidencia de EA y la existencia de cultura de seguridad. Coincidimos en afirmar que una inadecuada cultura sobre la SP, tanto en los profesionales como en los directivos de la unidad y de la institución, desencadenan análisis deficientes de los incidentes y acciones punitivas en los involucrados, que generan temor o miedo y afectan a corto, mediano o largo plazo la notificación de EA, lo cual puede tener solución a través de la capacitación tanto del personal como de los directivos.

En este sentido, *Botelho* y otros⁽¹⁶⁾ insisten en la necesidad creciente de la implementación de programas de educación continua dirigida a profesionales de enfermería, que garantice el cumplimiento de los objetivos del tercer desafío global de la OMS en relación con la SP. Por otra parte, *Jaime* y otros,⁽¹⁷⁾ en su estudio relacionado con la cultura sobre SP en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense, concluyeron que la

percepción de enfermería es baja, lo cual se relaciona de forma directa con los resultados del presente estudio, donde la categoría capacitación emergió durante los debates de los GD. Los aspectos relacionados con la SP deben ser incorporados desde el inicio de la formación académica de enfermería en el pregrado en el programa de la Disciplina Cuidados de Enfermería, para garantizar este saber y que su práctica se convierta en una tradición asistencial.

En este sentido, *Escandell*⁽¹⁸⁾ reafirma que los educadores de enfermería deben promover la teoría y las experiencias clínicas de manera integral para que el alumno aprenda e interiorice actitudes, comportamientos y valores de la profesión con un enfoque de responsabilidad en todos los aspectos y, en especial, los relacionados con la SP.

Los valores profesionales juegan un papel fundamental para garantizar altos estándares de seguridad en la práctica de enfermería en las UCIP; tener profesionales con gran sensibilidad, empatía, responsabilidad y humanismo es la máxima aspiración de un sistema de salud, cultivar estos valores ayudaría a reducir el riesgo de EA.⁽¹⁹⁾

Por lo general, en relación con los EA, las intervenciones se han enfocado en los pacientes, pero poca atención se presta a los profesionales de la salud. Con frecuencia estos se exponen a EA que pueden causarles emociones negativas como culpa, cansancio, ansiedad e inseguridad. La mayoría de las enfermeras que participan en un EA manifiesta sentimientos como segunda víctima. El informar, tanto al paciente como a los profesionales, sobre un EA requiere preparación y la mayoría de los profesionales necesitan capacitación en el tema, es una responsabilidad de la institución preocuparse y ocuparse de estas debilidades que reflejan una deficiente cultura de seguridad.⁽²⁰⁾

En este sentido *Ruiz* y otros⁽²¹⁾ hacen referencia a que en los servicios de urgencias las condiciones de trabajo dadas por el exceso de ruido, la rapidez en las actuaciones y el entorno tecnificado; la presión asistencial, que ocurre por el déficit de recursos humanos o el número de pacientes; las interrupciones continuas, relacionadas con demandas de atención de otros pacientes; la carga de trabajo, generada por la realización de múltiples procedimientos en poco espacio de tiempo; la turnicidad, que genera una elevada actividad asistencial; las guardias, que implican una alerta por los riesgos que representa la asistencia nocturna, entre otros, constituyen factores contribuyentes a la ocurrencia de EA relacionados con el sistema. Los motivos mencionados, así como la falta de tiempo, el

desconocimiento (poca experiencia profesional), la falta de profesionalidad o la desidia de los profesionales (pocos valores profesionales) y la accesibilidad no inmediata al sistema de registro inciden en la infranotificación. Estas situaciones pueden ser solucionadas mediante el análisis del clima organizacional y la construcción de una cultura de seguridad que se refleje en la práctica asistencial.

El clima de seguridad se refleja en las actitudes y percepciones de los profesionales con respecto a los puntos clave de la seguridad del paciente en las instituciones, esto hace que sea importante conocer los criterios de los profesionales con relación a la gestión, y las acciones estimulantes para reducir las diferencias y mejorar el clima institucional tanto en las unidades de cuidados intensivos como de forma global.⁽²²⁾

Esto no constituye un problema solo en Cuba, *Lotici* y otros⁽²³⁾ revisan este fenómeno y expresan que, desde la visión de enfermería, la SP aún no es efectiva, ya que en algunos aspectos necesita mejorar, así como en otros criterios se muestra debilitada.

Por otro lado, en un estudio realizado por *Pérez* y otros⁽²⁴⁾ analizaron la notificación de EA y obtuvieron como resultados que el 92,8 % de la población estudiada opina que es beneficiosa la comunicación de errores para la correcta atención sanitaria y el 47,9 % desconoce la existencia de “sistemas de notificación voluntaria de errores”. El 78,5 % de la población nunca ha revelado un error médico en su centro de trabajo y casi la mitad de la muestra (49,2 %) opina que hablar de EA genera una mala imagen de los profesionales sanitarios; las cuales constituyen problemáticas similares a las encontradas en el presente estudio.

Por otra parte, *Rodríguez* y otros⁽²⁵⁾ encontraron que la comunicación es importante para la notificación de EA de un profesional a otro, pero los criterios requieren ser homogéneos entre ellos y con los directivos, con el fin de construir una cultura de seguridad y mitigar los temores y la falta de conocimiento sobre el procedimiento y sus facilitadores.

El aporte principal del presente estudio a la ciencia de Enfermería radica en que permite conocer la percepción de los profesionales sobre la notificación de EA y, a partir de estos criterios, poder implementar estrategias o acciones de mejora para modificar la cultura sobre SP en la UCIP.

En conclusión, los profesionales de enfermería perciben que se notifican de forma espontánea los eventos adversos en cuidados intensivos, existe la necesidad de formar al

personal en cultura de seguridad del paciente y diseñar un sistema de vigilancia de eventos adversos.

Limitaciones del estudio

Solo se incluyeron los profesionales de enfermería de la unidad, por tanto, no se conoce como es percibido este fenómeno por el resto de los profesionales.

Referencias bibliográficas

1. Cavalcante A, Rocha D, Nogueira L. Contribuciones de tecnologías digitales para la seguridad de pacientes en el contexto hospitalario. Rev Cubana Enf. 2022 [acceso 18/01/2023];38(2):e4264. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4264>
2. Lima-Neto A, Silva M, Pereira-Santos V. Contribuições das tecnologias em saúde para a segurança do paciente. Rev Cubana Enf. 2019 [acceso 18/01/2023];35(4):e2125. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2125>
3. Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cubana Enf. 2020 [acceso 18/01/2023];36(2):e3239. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239>
4. Mora-Pérez Y, Bosi-de-Souza-Magnago T, Torres-Esperón J, Espinosa-Roca A. Sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo. Rev Cubana Enf. 2020 [acceso 18/01/2023];36(3):e2640. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2640>
5. Mora-Pérez Y, Torres-Esperón JM, Bosi-de-Souza-Magnago TS, Espinosa-Roca AA, Guillot-Delis E. Registro de notificación de eventos adversos para unidades de cuidados intensivos polivalentes en hospital cubano. Rev Cub Med Int Emerg. 2022 [acceso 01/01/2023];21(1):e882. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/882/pdf>

6. Gil-Aucejo A, García-García MA. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enfermería intensiva*. 2022;33(4):185-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.006>
7. Jost MT, Branco A, Araujo BR, Viegas K, Caregnato RCA. Herramientas para organizar el proceso de trabajo en seguridad del paciente. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200210. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0210>
8. Cruz-Almaguer A, Medina-González I, Ávila-Sánchez M. Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. *Rev Cubana Enf*. 2020 [acceso 10/01/2023];36(2):e3208. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3208>
9. Morales-Cangas M, Ulloa-Meneces C, Rodríguez-Díaz J, Parcon-Bitanga M. Eventos adversos en servicios de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna. *Archivo Médico Camagüey*. 2019 [acceso 12/01/2023];23(6). Disponible en: <https://revistaams.sld.cu/index.php/amc/article/view/6858>
10. Nazário S da S, Cruz ED de A, Batista J, Silva DP da, Pedro RL, Laynes RL. Caracterización de los eventos adversos hospitalarios: búsqueda activa versus notificación espontánea. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e82040. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82040_es
11. Mora-Pérez Y. Sistema de vigilancia de eventos adversos en cuidados intensivos polivalentes liderado por enfermería. Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018 [acceso 01/01/2023]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=717>
12. Paim L, Trentini M, Schmidt-Reibnitz K. Metodología de investigación convergente para la asistencia de enfermería. En: Lenise-do-Prado M, de Souza ML, Monticelli M, Cometto MC, Gómez PF, editores. *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. 1 ed. Washington, D.C: OPS; 2013. p.117-33.
13. Araujo-Rosero OL, Guerrero-Lasso PA, Matabanchoy-Tulcán SM, Bastidas-Jurado CF. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Univ. Salud. Salud. Suplemento1: Especial Psicología y Trabajo*. 2021;23(3):351-65. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.212303.249>

14. Nazário SS, Cruz ED, Paes RG, Mantovani MF, Seiffert LS. Factores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE001245. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AR01245>
15. Flores-González E, Godoy-Pozo J, Burgos-Grob F, Salas-Quijada CL. Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Cienc. enferm.* 2021;27:1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>
16. Maia JLB, Batista RFL, Rosa MB, Silva FM, Araújo-Hanna-Arony WP, Carvalho AA, *et al.* Identificação de riscos e práticas na utilização de medicamentos potencialmente perigosos em hospital universitário. *Rev. Min. Enferm.* 2020;24:e1311. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200048>
17. Jaime NN, Gonzalez-Argote J, Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. *Rev Ciencias Médicas.* 2021 [acceso 12/01/2023];25(5):e5229. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5229>
18. Escandell-Rico FM. Percepciones de los estudiantes de enfermería sobre la administración segura de medicamentos. *Enferm Global.* 2022;67:514-32. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.505691>
19. Sarduy-Lugo M, Sarduy Lugo A, López-Cartaya MC. Comentarios al artículo “Los errores de medicación y los valores profesionales en el proceso docente-educativo cubano”. *Educación Médica Superior.* 2020;34(4):e1896. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1896>
20. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica.* 2022;42:184-95. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>
21. Ruiz-Palma V, Aranda-Gallardo M. Protocolo de estudio: Impacto de implementar una app para notificar eventos adversos en urgencias hospitalarias. *Enfermería Cuidándote.* 2021;4(2):2-16. DOI: <https://doi.org/10.51326/ec.4.2.8247628>
22. Batista J, Toledo S, dos Santos A, Klasa M, Fracasso N, Heimbecher C. Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en un hospital privado. *Rev*

- Cubana Enf. 2022 [acceso 17/01/2023];38(3):e4777. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4777>
23. Lotici A, Santos-Zonta FN, Lotici G, Gaffuri T. Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais da terapia intensiva. *Enferm Global*. 2022;67:152-68. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>
24. Pérez-Carrión A, Machado F, G^a Calvo T, Osuna E. La notificación de los eventos adversos. Percepciones de los profesionales sanitarios. *Derecho y salud*. 2018 [acceso 17/01/2023];28:160-67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6938158>
25. Martins-Diz AB, Martins-Bernardes-Lucas PR. Hospital patient safety at the emergency department– a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(5):1803-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Mirelys Sarduy Lugo.

Curación de datos: Mirelys Sarduy Lugo, Yuliett Mora Pérez, Anabel Sarduy Lugo, Yuleidy Fernández Rodríguez.

Análisis formal: Mirelys Sarduy Lugo, Yuliett Mora Pérez, Anabel Sarduy Lugo, Yuleidy Fernández Rodríguez.

Investigación: Mirelys Sarduy Lugo, Yuleidy Fernández Rodríguez, Yuliett Mora Pérez.

Metodología: Mirelys Sarduy Lugo, Yuliett Mora Pérez.

Administración del proyecto: Mirelys Sarduy Lugo.

Recursos: Mirelys Sarduy Lugo, Yuleidy Fernández Rodríguez.

Redacción – borrador original: Mirelys Sarduy Lugo, Yuliett Mora Pérez, Anabel Sarduy Lugo, Yuleidy Fernández Rodríguez.

Redacción – revisión y edición: Mirelys Sarduy Lugo, Yuliett Mora Pérez, Anabel Sarduy Lugo, Yuleidy Fernández Rodríguez.