



FACULTADE DE ENFERMARÍA

Traballo de Fin de Máster

COÑECEMENTO, PERCEPCIÓN E ACTITUDES DA ENFERMARÍA NA IDENTIFICACIÓN E NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS NAS UNIDADES DE COIDADOS INTESIVOS E URXENCIAS

Modalidade: Proxecto de investigación

Alumno: Pablo Rodríguez Iglesias

Titora: M^a Jesús Núñez Iglesias

Convocatoria: Setembro de 2024

TÍTULO: Coñecemento, percepción e actitudes da Enfermaría na identificación e notificación de Eventos Adversos nas Unidades de Coidados Intensivos e Urgencias.

RESUMO:

INTRODUCCIÓN: Os pacientes tratados na unidade de coidados intensivos (UCI) e nos servizos de urgencias hospitalarias (SUH) están expostos a riscos graves de eventos adversos (EA) co potencial de causar varios tipos de danos. O coñecemento deste aspecto é o primeiro paso para mellorar a seguridade do paciente na UCI e nos SUH.

OBXECTIVOS: Determinar os coñecementos e actitudes das enfermeiras sobre os eventos adversos e a súa notificación.

MATERIAIS E MÉTODOS: Deseñouse un cuestionario *ad hoc* sobre “Coñecementos, actitudes e intencións ante os eventos adversos”. A mostra está formada por enfermeiras de UCI e Urgencias do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. A análise dos datos inclúe o cálculo de tres puntuacións: a puntuación de coñecemento, categorizada en coñecementos baixos (<33%), moderados (33%-66%) e bos (>66%); a puntuación de actitude, clasificada como positiva (<2,5), neutral (2,5-3,5) e actitude negativa (>3,5); e a puntuación da intención, categorizada en intención desfavorable (<4), neutral (4-7) e intención favorable (>7).

PALABRAS CLAVE: evento adverso, notificación, coñecemento, actitude, percepción, unidade de coidados intensivos, urgencias.

TÍTULO: Conocimiento, percepción y actitudes de la Enfermería en la identificación y notificación de Eventos Adversos en las Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) están expuestos a riesgos graves de eventos adversos (EA) con el potencial de provocar diversos tipos de daños. El conocimiento de este aspecto es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente de UCI y los SUH.

OBJETIVOS: Determinar los conocimientos y actitudes de las enfermeras sobre los eventos adversos y su notificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha diseñado un cuestionario *ad hoc* sobre "Conocimientos, actitudes e intenciones ante los eventos adversos". La muestra está formada por enfermeras de UCI y Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. El análisis de datos engloba el cálculo de tres puntuaciones: la puntuación de conocimientos, categorizada en conocimientos bajos (<33%), moderados (33%-66%) y buenos (>66%); la puntuación de actitud, clasificada en actitud positiva (<2,5), neutral (2,5-3,5) y negativa (>3,5); y la puntuación de intención, categorizada en intención no favorable (<4), neutral (4-7) e intención favorable (>7).

PALABRAS CLAVE: Evento adverso, notificación, conocimiento, actitud, percepción, unidad de cuidados intensivos, urgencias.

TITLE: Knowledge, perception and attitudes of Nursing in the identification and notification of Adverse Events in Intensive Care and Emergency Units.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Patients treated in the intensive care units (ICU) and emergency departments (ED) are exposed to serious risks of adverse events (AEs) with the potential to cause diverse types of harm. Knowledge of this aspect is the first step to improving ICU's and ED's patient safety.

OBJECTIVES: Determine nurses' knowledge and attitudes about adverse events and their reporting.

MATERIAL AND METHODS: An *ad hoc* questionnaire on "Knowledge, attitudes and intentions towards adverse events" has been designed. The sample is made up of ICU and emergency nurses at Ourense's University Hospital Complex. The data analysis includes the calculation of three scores: the knowledge score, categorized into low (<33%), moderate (33%-66%) and good (>66%) knowledge; the attitude score, classified as positive (<2.5), neutral (2.5-3.5) and negative attitude (>3.5); and the intention score, categorized into unfavorable intention (<4), neutral (4-7), and favorable intention (>7).

KEY-WORDS: Adverse event, notification, knowledge, attitude, perception, intensive care unit, emergency.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN:	1
2. XUSTIFICACIÓN E OBXETIVOS:	4
2.1. Xustificación do Proxecto:	4
2.2. Obxectivos:	5
3. METODOLOXÍA:	6
3.1. Deseño do Estudo:	6
3.2. Ámbito do Estudo:	6
3.3. Poboación a Estudo:	6
3.4. Cálculo do Tamaño Mostral:	7
3.5. Criterios de Selección:	7
3.6. Procedemento:	8
3.7. Aspectos ético-legais:	9
3.8. Análise de datos:	10
4. CRONOGRAMA DE TAREFAS:	11
5. VIABILIDADE, LIMITACIÓNS E CUSTOS:	12
6. RESULTADOS ESPERADOS:	13
7. BIBLIOGRAFÍA:	14
8. ANEXOS:	18

ABREVIATURAS:

CDR	Caderno de Recollida de Datos
CHUO	Complexo Hospitalario Universitario de Ourense
EA	Evento Adverso
EC	Evento Centinela
ENEAS	Estudo Nacional sobre os Efectos Adversos ligados á Hospitalización
EPIDEA	Estudo da Prevalencia dos Eventos Adversos na Asistencia Hospitalaria da Comunidade Valenciana
EVADUR	Estudo de Eventos Adversos ligados á Asistencia nos Servizos de Urgencias de Hospitais Españois
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
OMS	Organización Mundial da Saúde
SEMES	Sociedade Española de Medicina de Urgencias e Emerxencias
SEMICYUC	Sociedade Española de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronarias
SERGAS	Servizo Galego de Saúde
SiNASP	Sistema de Notificación e Aprendizaxe para a Seguridade do Paciente
SOSP	<i>Surveys on Patient Safety Culture</i>
SUH	Servizos de Urgencias Hospitalarias
SYREC	Estudo de Incidentes e Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridade e Risco no Enfermo Crítico
TFM	Traballo de Fin de Máster
UCI	Unidade de Coidados Intensivos

1. INTRODUCCIÓN:

A Organización Mundial da Saúde (OMS) define o concepto de Evento Adverso (EA) como *“dano non intencional causado ao paciente como resultado clínico non esperado da asistencia sanitaria e que pode ou non estar asociado a un erro clínico.”* [1] A Sociedade Española de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronarias (SEMICYUC) amplía o concepto da OMS definindo como EA: *“todo incidente imprevisto e inesperado notificado polos profesionais, que causou lesión e/ou incapacidade e/ou prolongación de estancia e/ou exitus, como consecuencia da atención sanitaria e non relacionado coa evolución ou posibles complicacións da enfermidade de base do paciente.”* [2]

En canto a concepto de Evento Centinela (EC) a *International Organization for Standardization*, mediante a Norma ISO 179003, defíneo como: *“suceso imprevisto que causa a morte ou graves danos físicos ou psicolóxicos ao paciente. Todo EC é un EA pero ás súas consecuencias teñen características que obrigan a unha completa revisión do sucedido para evitar que volvan a producirse novos casos, así como a dar apoio e asesoramento aos profesionais implicados, pacientes e/ou familiares.”* [3]

Os EA e EC son sucesos imprevistos que poden ocorrer calquera día do ano, a calquera hora e en calquera lugar onde se preste atención sanitaria ao paciente. Centraremos o noso proxecto de estudo nas Unidades de Coidados Intensivos (UCI) e nos Servizos de Urxencias Hospitalarias (SUH) definíndoos tal que na *Táboa 1*.

Táboa 1: Definicións operativas

· UCI:	“Organización de profesionais sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar nun espazo específico do hospital, cuns requisitos funcionais, estruturais e organizativos, garantindo as condicións de seguridade, calidade e eficiencia adecuadas para atender pacientes críticos”.
· Paciente crítico:	“Pacientes que, sendo susceptibles de recuperación, requiren soporte respiratorio avanzado ou soporte respiratorio básico xunto con soporte de, polo menos, dous órganos ou sistemas; así como todo paciente que requira soporte por instauración ou risco de instauración de fallo multiorgánico”.

· SUH:	“Organización de profesionais sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, situada nunha área específica do hospital, que cumpre uns requisitos funcionais, estruturais e organizativos, de forma que garante as condicións de seguridade, calidade e eficiencia adecuadas para atender ás urxencias e emerxencias”.
· Urxencia:	“Tamén denominada Urxencia Subxectiva : aparición fortuíta, imprevista ou inesperada, en calquera lugar ou actividade, dun problema de saúde de causa diversa e gravidade variable, que xera a conciencia dunha necesidade inminente de atención por parte do suxeito que o sofre ou da súa familia”.
· Emerxencia:	“Ou Urxencia Vital : Urxencia sanitaria que pon en perigo, real ou potencial, a vida ou funcións biolóxicas importantes dunha persoa e que require asistencia inmediata, cualificada e “ <i>in situ</i> ” por parte de profesionais capacitados”.

(*)Táboa de elaboración propia en consonancia coas definicións recomendadas para cada servizo polo Ministerio de Sanidade. ^[4]^[5]

En España, o *Estudo Nacional sobre os Efectos Adversos ligados á Hospitalización* (ENEAS, 2005) mediu o risco de padecer un EA durante a estancia hospitalaria no 9,3% e identificou unha frecuencia de aparición de 1,4 EA por 100 días de estancia-paciente. A aparición dun EA elevábase até en 7 de cada 100 pacientes atendidos nun ano. Do total de EA un 23% sucedeu na UCI. ^[6] Múltiples estudos evidencian á UCI como un “servizo de risco” na aparición de EA debido á morbilidade do paciente crítico. ^[7] ^[8] ^[9] ^[10] Os estudos estiman que entorno o 59% dos EA notificados na UCI son graves. ^[11] A SEMICYUC, no estudo *Incidentes e Eventos Adversos na Medicina Intensiva. Seguridade e Risco no enfermo Crítico*. (SYREC, 2007) estima a incidencia dos EA en 2,04 por 100 pacientes-hora de estancia na UCI. O risco de sufrir polo menos un EA durante a ingreso na UCI elevábase até o 40%. Un 21,5% dos EA rexistrados ocasionaron danos temporais e un 3,65% causaron dano permanente ou contribuíron ao pasamento do paciente. ^[2]

No que respecta aos SUH, o estudo ENEAS cuantificou que o 3% dos EA detectados ocorreron neste servizo. Deles, o 55,2% foron EA leves, o 31% EA moderados e o 13,8% EA graves. ^[6] Algúns autores defenden que dito estudo infraestimou a incidencia nos SUH debido a que non se analizaron pacientes que, sufrindo un EA, tivesen sido dados de alta. ^[12] A Sociedade Española de Medicina de Urxencias e Emerxencias (SEMES) a través do estudo *Eventos Adversos ligados á Atención nos*

servizos de Urgencias de hospitais españois (EVADUR, 2009) estimou que o 12% dos pacientes que acudían ao SUH sufrían un EA e no 54,8% dos casos este EA causáballes algún dano. Un 43% dos EA detectábanse á alta do paciente e un 7,5% das visitas ao SUH eran causadas por EA previos. ^[13] ^[14]

Os estudos confirman que gran parte dos EA son evitables, entornando ao 42,8%. ^[6] Existen variacións destacables na evitabilidade do EA en función do servizo: oscilando dende 36,46% no Servizo Cirúrxico, ao 60% na UCI e o 70% no SUH. ^[2] ^[13] ^[15] Segundo o estudo ENEAS, os EA causaron 6,1 estancias adicionais por paciente, das que 2,2 estancias por paciente debéronse a EA evitables. ^[6]

Ademais, o papel da enfermaría é fundamental na detección e notificación de EA. Os datos do Sistema de Notificación e Aprendizaxe para a Seguridade do Paciente (SiNASP) no ano 2022 indica que enfermaría comunicou o 65% de todos os incidentes notificados. ^[16] Nos hospitais galegos, no ano 2023, o 60,2% dos incidentes foron notificado por enfermaría. ^[17] A vixilancia do paciente por parte da enfermaría colócanos nunha posición de primeira liña para a detección de EA. Non obstante algúns estudos mostran que enfermaría, a pesar de realizar a maior parte das notificacións (entorno ao 70% dos incidentes), non notifica a maioría dos EA (entorno 60% dos EA notificados foron comunicados por médicos). ^[18] ^[19] ^[20] ^[21]

No presente Traballo de Fin de Máster (TFM) elaboraremos un Proxecto de Estudo de Investigación co que tratar de analizar os coñecementos do persoal de enfermaría con respecto á identificación e notificación de EA, así como a súa percepción e actitudes fronte aos mesmos. Centraremos o noso estudo en dous servizos específicos: as UCI, debido ao importante risco de sufrir un EA (40%) ou sufrir danos graves ou permanentes a causa dun EA (33,78%); e o SUH que conta cunha gran taxa de EA evitables (70%), onde diversos autores están de acordo na infradetección de EA e onde os EA son causa destacable de 2ª atención no servizo (7,5%). ^[2] ^[6] ^[13]

2. XUSTIFICACIÓN E OBXETIVOS:

2.1. Xustificación do Proxecto:

O noso Proxecto de Investigación xustifícase en base ás seguintes premisas:

- 1) **A crecente preocupación, internacional e nacional, pola Calidade e Seguridade do Paciente** queda constatada pola 72ª Asemblea Mundial da Saúde e as súas resolucións,^[22] a OMS no “*Plan de acción mundial para a seguridade do paciente 2021-2030*”^[23] e a “*Estratexia galega de seguridade e calidade asistencial 2024-2028*” da Xunta de Galicia.^[24] O noso estudo mostrase como unha ferramenta coa que obter información da que partir como base á elaboración de novas estratexias en seguridade, calidade e prevención.
- 2) **As peculiaridades das unidades onde realizaremos o estudo** fan de especial interese analizar as posibilidades de mellora na identificación e notificación de EA. O estudo *Prevalencia dos Eventos Adversos na Asistencia Hospitalaria da Comunidade Valenciana* (EPIDEA, 2010) estimou a prevalencia de EA entorno ao 7,9% dos que a maioría, sobre o 18,6%, foron notificados na UCI. O estado do paciente crítico fai que a aparición dun EA poida chegar a supoñer un condicionante grave para a súa recuperación. O 4,28% dos EA na UCI causan danos graves mentres que o 63,2% son evitables.^{[2] [25]} A prevalencia dos EA de orixe prehospitalario atopase entorno a 15,6%.^[25] Os EA son motivo do 7,5% das atencións ao paciente no SUH, dos que un 70% poderíanse evitarse. Os SUH sempre están condicionados á carga de traballo, coa correcta identificación e notificación de ditos EA podería evitarse un porcentaxe nada ínfimo de 2ª asistencias, así como mellorar a calidade asistencial e a seguridade do servizo.^[13]
- 3) **A procura de ferramentas para a diminución de EA suporía un gran aforro en custos económicos e sufrimento humano.** O 31,4% dos EA causaron un incremento da estancia hospitalaria e os EA condicionaron o ingreso nun 24,4% dos casos.^[6] Certas revisións bibliográficas non consideran viable facer estimacións económicas do aforro que suporía a redución dos EA.^[26] Non obstante un estudo de “*estimación conservadora*” afirma que os EA supoñen un 6,7% adicional do total do gasto sanitario destinado ao paciente e que reducilos podería

supor un aforro de até o 1,5% do gasto sanitario público español e un 3% do gasto sanitario público nos hospitais de agudos. [27]

4) **A posición única dos profesionais de enfermaría con respecto aos EA.** O aumento da carga de traballo na enfermaría está relacionado cun aumento na mortalidade (até o 7%) e coa aparición de EA. [28] No estudo EVADUR evidenciouse que nun 54,6% dos EA existiu un fallo de actuación e outros estudos mostran que enfermaría, pese a notificar máis incidentes, non notifica o maior número de EA. [13] [20] [21] Os motivos disto poden variar dende a sobrecarga de traballo, á falta de cultura de seguridade ou principalmente o medo as sancións por fallos na actuación. [29] [30] Parece evidente que existe campo de mellora por parte de enfermaría en canto a notificación de EA, pero é necesario indagar en que aspectos se debe incidir.

2.2. Obxectivos:

2.2.1. Obxectivo Xeral:

- Analizar o coñecemento, percepción e actitude das enfermeiras que traballen nas UCI e nos SUH do Servizo Galego de Saúde (SERGAS) en materia de identificación e notificación de EA ou EC.

2.2.2. Obxectivos Específicos:

- Cuantificar e avaliar os coñecementos específicos do persoal a estudo sobre detección e notificación ante un EA ou EC.
- Coñecer as opinións dos profesionais a estudo sobre posibles melloras nas estratexias de detección e notificación.

3. METODOLOXÍA:

3.1. Deseño do Estudo:

Estudo observacional descritivo de corte transversal.

3.2. Ámbito do Estudo:

As UCI e os SUH do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) da Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras, dependentes do SERGAS. As características destas unidades amósanse na *Táboa 2*.

Táboa 2: Características das Unidades a estudo

	UCI		SUH	
	Adultos	Pediatría	Adultos	Pediatría
Localización:	Planta 4ª, Ed. Cristal	Planta 1ª, Ed. Materno-Infantil	Planta 0, Ed. Cristal	Planta 0, Ed. Materno-Infantil
Nº de Camas:	8 camas coronarias e 12 camas polivalentes	5 camas pediátricas e 1 cuna-incubadora neonatal	15 boxes, 1 box de críticos, 2 quirofanillos, 18 camas de observación e 20 camillas de espera de resultados	5 boxes, 1 box de críticos, 2 camas de observación e 1 cuna de observación
Número de enfermeiras por quenda:	9 enfermeiras	2 enfermeiras	12 enfermeiras	1 enfermeira
Postos estruturais ou "Staff":	47 enfermeiras	19 enfermeiras	55 enfermeiras	13 enfermeiras
Contratos temporais:	10 contratos temporais	2 contratos temporais	12 contratos temporais	1 contrato temporal

(*) *Táboa de elaboración propia coa información facilitada pola Dirección de Enfermaría e o grupo Recursos Humanos do CHUO no tócate aos datos de contratación no mes de abril de 2024. O número de persoal pode variar en función das necesidades do servizo.*

3.3. Poboación a Estudo:

Persoal de enfermaría que exerzan tarefas de carácter asistencial ou de xestión dentro das UCI e os SUH dependentes do SERGAS.

3.4. Cálculo do Tamaño Mostral:

O tamaño da mostra calculouse atendendo aos criterios a continuación descritos. Empregamos a fórmula para o “cálculo do tamaño mostral para poboacións finitas”:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

Nesta fórmula, teremos en conta que:

- n = representa o tamaño da mostra de poboación a obter.
- N = representa o total da poboación. A poboación das UCI e SUH do noso estudo suma un total de 134 enfermeiras.
- Z_a = representa o nivel de confianza. Para un nivel de seguridade do 95% o seu valor é de 1,96.
- p = valor aproximado do parámetro que queremos medir. Como se descoñece, asumimos una proporción esperada do 50%, por elo p tomará o valor de 0,5.
- $q = 1 - p$. No noso caso é $1 - 0,5 = 0,5$.
- d = representa o límite aceptable de error mostral. Tomamos o valor estándar usado nas investigacións que é do 5% (0,05).

Cos datos que coñecemos, podemos estimar a nosa n en:

$$n = 134 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5 / 0,05^2 * (134-1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5 = \mathbf{99,538 \text{ enfermeiras}}$$

Con todo, prevendo unha taxa de perda de resposta do 15% e despois de redondear, determinouse que o tamaño de mostra final desexado é de **115 enfermeiras**.

3.5. Criterios de Selección:

3.5.1. Criterios de Inclusión:

- I. Profesionais de enfermaría exercendo ao momento do estudo a súa labor nas UCI e os SUH do CHUO.

3.5.2. Criterios de Exclusión:

- I. Profesionais con contratos de reforzo eventual, incorporacións inferiores a un mes, persoal con contrato de formación e situacións análogas.
- II. Profesionais inhabilitados ou sancionados nalgún momento da súa traxectoria profesional por mala praxe ou que estean sendo investigados por elo.
- III. Profesionais que non faciliten a súa autorización para participar no estudo.

3.6. Procedemento:

3.6.1. Deseño dun cuestionario *ad hoc*:

Elaborouse un cuestionario *ad hoc* tendo en conta como modelo de referencia o cuestionario *Surveys on Patient Safety Culture (SOPS)* 2.^a versión modificada e atendendo as diversos estudos de características similares as do noso proxecto. ^[31] ^[32]

O cuestionario *ad hoc* que deseñamos consta de 5 dimensións: A primeira inclúe datos socio-demográficos, formación académica e formación continuada, en particular sobre EA e a súa notificación. A segunda inclúe a experiencia laboral do participante. A terceira e a cuarta dimensión, consta de ítems dicotómicos (verdadeiro ou falso) que avalían o nivel de coñecemento sobre EA e a súa notificación. Despois desta sección, o participante recibe información sobre EA e EC antes de que poida pasar á quinta sección, na que se avalían as súas percepcións e actitudes cara á seguridade do paciente utilizando afirmacións cunha escala Likert de 5 puntos para cada unha (dende 1 = totalmente de acordo a 5 = moi en desacordo). Este cuestionario pode visualizarse no *Anexo I*.

Para avaliar a reproducibilidade do cuestionario 15 enfermeiras que non participarán no estudo final cubrirán o cuestionario en dúas ocasións distintas cun intervalo de 15 días entre elas.

3.6.2. Captación dos participantes:

Os cuestionarios serán anónimos e autocompletados. A enfermeira participante terá a liberdade de omitir calquera pregunta que non queira responder. Para lograr altos niveis de participación, utilizánsese dous métodos para distribuír os cuestionarios:

- I. Distribución dos cuestionarios en persoa, os cales cubriranse ao remate da quenda e deixaranse nunha urna unha vez completados.
- II. Envío dos cuestionarios a través da aplicación “*Google Surveys*”.

3.7. Aspectos ético-legais:

O desenvolvemento deste proxecto realizarase respectando en todo momento a Declaración de Helsinqui da Asociación Médica Mundial de 1964 e as súas ratificacións e asembleas seguintes (Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset Oeste 1996, Escocia 2000, Seúl 2008 e Fortaleza 2013) respecto aos principios éticos para a investigación en seres humanos e o Convenio relativo aos dereitos humanos e a biomedicina realizado en Oviedo o 4 de abril de 1997 e as súas sucesivas actualizacións.

Os datos dos participantes serán recollidos polo investigador no Caderno de Recollida de Datos (CRD) específico ao estudo. Cada CRD estará codificado ou pseudonimizado, protexendo a identidade do participante. Unicamente o equipo investigador, que ten a obriga de gardar a confidencialidade, terá acceso a os datos recollidos para o estudo. Só se poderá transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. O tratamento, comunicación e cesión de datos farase conforme aos disposto polo Regulamento Xeral de Protección de Datos (Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeo e o Consello, do 27 de Abril de 2016) e a Lei Orgánica 3/2018 do 5 de Decembro de Protección de Datos Persoais e Garantías de Dereitos Dixitais.

Este proxecto de investigación ten planificado realizar a pertinente solicitude de avaliación a Rede Galega de Comités de Ética da Investigación e só se realizara no caso de contar cunha valoración positiva do mesmo.

3.8. Análise de datos:

Os resultados presentaranse como a media \pm desviación estándar (DE) ou o número e a porcentaxe, segundo corresponda. Atendendo as respostas, calcularáanse tres puntuacións: puntuacións de coñecementos, actitudes e intencións.

As puntuacións de coñecemento categorizaranse como baixas (<50%), moderadas (50%-60%) e bos coñecementos (>60%); as puntuacións de actitude, que van de 1 (máis positiva) a 5 (máis negativa), clasificaráanse en positiva (<2,5), neutral (2,5-3,5) e actitude negativa (>3,5); e as puntuacións de intención, que van de 0 (intención inferior) a 10 (intención superior), clasificaráanse en non favorable (<4), neutro (4-7) e intención favorable (>7).

Cada unha das puntuacións será comparada entre as características demográficas mediante ANOVA, Mann-Whitney U ou test T de Student. Utilizarase a regresión loxística bivariada para coñecer as relacións entre as características demográficas e as puntuacións de coñecemento, actitude e intención. En relación ás propiedades psicométricas do cuestionario calcularase o coeficiente α de Cronbach e estudarase a reproducibilidade test-retest mediante o coeficiente de correlación intra-clase. Un valor p inferior a 0,05 considerarase significativo. Utilizarase o software *IBM SPSS Statistics* (versión 24, IBM, Madrid, España).

4. CRONOGRAMA DE TAREFAS:

A *Táboa 3* que se mostra a continuación representa o plan de traballo coa programación de actividades dividido en catro etapas, así como a súa duración no tempo. Os meses represéntanse con números. A cor, como se pode ver na *Táboa 4*, delimita a tarefa a realizar e os membros participantes do equipo de investigación.

Táboa 3: Cronograma de Tarefas

TAREFAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Deseño do Proxecto de Investigación			■	■	■	■									
ORGANIZACIÓN															
Envío do Proxecto ao Comité de Ética para a súa revisión e autorización							■	■	■						
EXECUCIÓN															
Recrutamento da mostra										■	■	■			
Recollida de datos										■	■	■			
Análises e interpretación dos datos												■	■	■	■
INFORME FINAL															
Elaboración do informe final															■
Presentación e difusión dos resultados															■

(*) *Táboa de elaboración propia.*

Táboa 4: Lenda de Cores

Autor do TFM	Autor do TFM + Investigadores colaboradores do SERGAS (nº = 3 Enfermeiras do Servizo) e da USC (nº = 2 PDI)	Autor do TFM + Investigadores colaboradores da USC (nº = 2 PDI)
---------------------	--	--

(*) *Táboa de elaboración propia.*

5. VIABILIDADE, LIMITACIÓNS E CUSTOS:

Este proxecto de investigación terá un custo estimado de 2000 €, que inclúe gastos de programas estatísticos, todos os gastos de material de oficina e consumibles e os gastos de publicación e difusión tendo en conta unha única revista científica de acceso aberto. Estes custos especifícanse na *Táboa 5*. Preténdese sufragar os gastos mediante a solicitude de axudas a sociedades como a SEMICYUC, SEMES o outras sociedades ou fundacións privadas. A viabilidade deste proxecto baséase na relación custo-beneficio positiva.

Táboa 5: Custos estimados

Recursos necesarios	Anualidade (€)
Material Funxible	
Material de oficina	300
Material Inventariable	
Mantemento e licencias de software	500
Divulgación de resultados	1200
TOTAL	2000

(*) *Táboa de elaboración propia.*

6. RESULTADOS ESPERADOS:

- 1) Os resultados que deriven deste proxecto poden contribuír a mellorar a calidade da atención xa que é sabido que o establecemento dunha cultura de seguridade nas institucións de saúde é unha das principais estratexias das organizacións que teñen a misión de mellorar a calidade da atención sanitaria.
- 2) Os EA repercuten nunha redución da seguridade do paciente. Estimar a súa frecuencia, características, evitabilidade e impacto é un medio para identificar obxectivos de mellora na calidade da atención.^[33] A partir dos resultados poderase coñecer o nivel de seguridade do paciente e a necesidade de formar ás enfermeiras sobre EA e a súa notificación.
- 3) Esperase publicar os resultados e poder contribuír ao coñecemento sobre o tema de estudo.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Ficha Técnica. Xenebra, 2009. [Citado o 18 de xuño de 2024]. [Dispoñible na ligazón: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>]
2. Colomer C, Agra Y, García MJ, Fernández-Quero P. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe. Madrid, maio de 2009. [Citado o 18 de xuño de 2024]. [Dispoñible na ligazón: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/syrec_0.pdf]
3. Norma UNE 179003:2013. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. 2013. [Citado o 19 de xuño de 2024].
4. Palanca I, Esteban A, Elola J. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid, 2010. NIPO: 840-10-098-6.
5. Palanca I, Elola J, Mejia F. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid, 2010. NIPO: 840-10-057-3.
6. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febreiro de 2006. NIPO: 351-06-009-2
7. Graf J, von den Driesch A, Koch KC, Janssens U. Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005;49(7):930-9.
8. Bracco D, Favre JB, Bissonnette B, Wasserfallen JB, Revelly JP, Ravussin P, et al. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study. *Intensive Care Med.* 2001;27(1):137-45
9. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. *Crit Care Med.* 2004 Mar;32(3):727-33.

10. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Med.* 2004 Aug;30(8):1579-85.
11. Gutiérrez-Cía I, Aibar-Remón C, Beamonte A, Obón-Azuara B, Sánchez-Polo CM, Júdez Legaristi D. Incidencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. *Rev Calid Asist.* 2007;22(6):277–86.
12. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navararra.* 2010;33(1):131-148.
13. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010;22:415-28.
14. Requena J, Aranaz JM, Gea MT, Miralles JJ, Limón R, Rey M, et al. Efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios. *Revista Mapfre Medicina,* 2007;18: 89-97.
15. Aranaz JM, Ivorra F, Compañ AF, Mirallesa JJ, Gea MT, Limón R et al. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp.* 2008;84(5):273–8.
16. Fernández Maíllo MM, Bañeres Amella J. Fundación Avedis Donabedian. Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) Incidentes de seguridad notificados en 2022. Informe. Noviembre de 2023. [Citado o 20 de xuño de 2024] [Disponible na ligazón: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SINASP2022.pdf>]
17. Losada-Castillo I, Roca Bergantiños O. Servizo Galego de Saúde. Sistema de Notificación e Aprendizaxe para a Seguridade do Paciente - SiNASP Informe de avaliación ano 2023 Informe. Maio de 2024 [Citado o 20 de xuño de 2024] [Disponible na ligazón: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1651/Informe_avalacion_SINASP_2023.pdf]
18. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care.* 2006 Dec;21(4):305-15.

19. Rishoej RM, Hallas J, Juel Kjeldsen L, Thybo Christesen H, Almarsdóttir AB. Likelihood of reporting medication errors in hospitalized children: a survey of nurses and physicians. *Ther Adv Drug Saf.* 2018 Mar;9(3):179-192.
20. Hewitt T, Chreim S, Forster A. Sociocultural Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer-Reporting Practices. *J Patient Saf.* 2017 Sep;13(3):129-137.
21. Rowin EJ, Lucier D, Pauker SG, Kumar S, Chen J, Salem DN. Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 34(9):537-45.
22. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA72.6. Asamblea Mundial de la Salud (72ª ed). Punto 12.5 del orden del día: Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. 28 de maio de 2019. [Citado o 20 de xuño de 2024] [Dispoñible na ligazón: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_REC1-sp.pdf]
23. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Xenebra, 2022. ISBN 978-92-4-006250-4.
24. Roca Bergantiños O, Losada-Castillo I. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Estratexia galega de seguridade e calidade asistencial 2024-2028. Santiago de Compostela, 2023. [Citado o 20 de xuño de 2024]. [Dispoñible na ligazón: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1768/Estratexia_gal_seguridade_e_calidade_asistencial_2024-28.pdf]
25. Requena J, Aranaz JM, Gea MT, Limón R, Miralles JJ, Vitaller J. Evolución de la prevalencia de eventos adversos relacionados con la asistencia en hospitales de la Comunidad Valenciana. *Rev Calid Asist* 2010;25(5):244–9.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Revisión Sistemática de Eventos Adversos y Costes de la No Seguridad: Las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Informe. Madrid, 2015. NIPO: 680-15-137-5
27. Allué N, Chiarello P, Bernal E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit.*;28(1):48–54.

28. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
29. Moutzoglou A. Factors impeding nurses from reporting adverse events. *J Nurs Manag*.;18(5):542-7.
30. de Paiva MC, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DM, Lima SA, Juliani CM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Lat Am Enfermagem*.;22(5):747-54.
31. Santos J, Menezes H, Milhome A.S, de Oliveira R, dos Anjos JP, Tavares T. Conhecimento dos enfermeiros sobre Evento Adverso e desafios para a sua notificação. *Cogitare Enferm*. 2016 Oct/dec; 21(4):01-08.
32. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Madrid. [Citado o 15 de xullo de 2024]. [Dispoñible na ligazón: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/en/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/sistemasregistronotificacionincidentesea.pdf>]
33. San Jose-Saras D, Valencia-Martín JL, Vicente-Guijarro J, Moreno-Nunez P, Pardo-Hernández A, Aranaz-Andres JM. Adverse events: an expensive and avoidable hospital problem. *Ann Med*. 2022 Dec;54(1):3157-3168.

8. ANEXOS:

• Anexo I: Cuestionario *ad hoc* de elaboración propia

Este cuestionario ten como finalidade valorar os seus coñecementos, actitudes e percepción sobre os Eventos Adversos (EA) e a súa notificación. O carácter desta enquisa é anónimo e voluntario. Entendese que vostede da o seu consentimento e acepta participar no noso estudo respondendo a esta enquisa. Os resultados finais serán postos non seu coñecemento e serán divulgados no ámbito científico.

Sección 1: Datos socio-demográficos e formación	
Datos socio-demográficos:	
Por favor, indique os seguintes datos socio-demográficos:	
<input type="checkbox"/> Idade:	
<input type="checkbox"/> Sexo:	
Formación Académica:	
Por favor, indique cal é a súa formación académica como enfermeiro/a. Se posúe varios niveles de formación sináleos:	
<input type="checkbox"/> Diplomado/a	
<input type="checkbox"/> Graduado/a	
<input type="checkbox"/> Máster	
<input type="checkbox"/> Realizando estudos de doutorado	
<input type="checkbox"/> Grao de Doutor/a	
<input type="checkbox"/> Outra formación académica (especifique cal):	
Especialidade:	
Por favor, indique si é enfermeiro/a especialista. No caso afirmativo indique que especialidade:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especialidade de:	
<input type="checkbox"/> Non	
Formación continuada sobre EA e a súa notificación:	
Por favor, indique si recibiu ou non formación continuada sobre EA e a súa notificación. En caso afirmativo indique cal ou cales:	
<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Formación impartida pola propia unidade	
<input type="checkbox"/> Formación impartida por responsables da seguridade do paciente e/ou calidade do hospital	
<input type="checkbox"/> Formación impartida por ACIS	
<input type="checkbox"/> Formación impartida polo Ministerio de Sanidade	
<input type="checkbox"/> Outras (indique cal):	

Si contestou afirmativamente que recibiu formación continuada sobre EA e a súa notificación, indique cando a recibiu:

>1 ano
 1-5 anos
 >5 anos

Sección 2: Área de traballo

Aprender das experiencias tamén é contribuír á mellora do clima da seguridade. Por favor, indique cal é a súa área ou unidade de traballo actual. Si traballa en varias unidades, pense naquela na que transcorre a maior parte de seu tempo de traballo:

UCI
 Urxencias
 Varias unidades, pero principalmente UCI
 Varias unidades, pero principalmente Urxencias

Por favor, indique canto tempo leva traballando na súa área ou unidade de traballo actual:

<1 ano
 1-5 anos
 6-10 anos
 >11 anos

Sección 3: Coñecemento sobre EA

Esta sección está deseñada para estimar o seu coñecemento sobre os EA. Para cada unha das seguintes afirmacións, escolla a opción coa que estea de acordo. Se non sabe a resposta, simplemente elixa a opción “Non sei”:

Un EA é unha lesión relacionada coa asistencia sanitaria máis que coas complicacións da enfermidade do paciente.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Incidente ou “near miss” é a acción ou omisión que podería ter feito dano ao paciente, pero non llo causou como consecuencia do azar, a prevención ou a mitigación da mesma.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Os EA supoñen unha redución da seguridade do paciente.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Os pacientes na UCI teñen un risco especial de sufrir EA.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei

Os pacientes que sofren polo menos un EA teñen o dobre de probabilidades de morrer durante a hospitalización.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Os EA evitables son os máis frecuentes.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Un EA "leve" non afecta o tratamento nin a duración da hospitalización.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Un EA "moderado" conduce a un reingreso ou días adicionais no hospital.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Un EA é "grave" se o paciente requiriu cirurxía adicional ou contribuíu á discapacidade permanente ou a morte.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Os erros de medicación son o tipo de EA máis común.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei

Sección 4: Notificación de EA

Esta sección está deseñada para estimar o seu coñecemento sobre a notificación de EA. Para cada unha das seguintes afirmacións, escolla a opción coa que estea de acordo. Se non sabe a resposta, simplemente elixa a opción "Non sei":

O primeiro obxectivo da notificación é aprender das experiencias e tamén contribuír á mellora do clima de seguridade dentro dos ámbitos de traballo.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
A notificación pode ser de carácter voluntario ou ben de carácter obrigatorio.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
Os sistemas obrigatorios de notificación céntranse nos EA que producen lesións graves ou morte.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
A notificación de EA pódela realizar calquera profesional de enfermaría da unidade.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei

Os sistemas de notificación de EA ideais son aqueles cun carácter: punitivo, confidencial, independente do servizo, con capacidade de análise e resposta rápida e concisa fronte ao EA.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Non sei
---	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Sección 5. Percepción e actitudes sobre EA e a súa notificación

Necesita coñecer esta información antes de continuar:

Segundo recolle a Guía “Sistemas de rexistro e notificación de incidentes e eventos adversos” do Ministerio de Sanidade, os factores asociados á aparición dun EA son: “Factores humanos: cociente de profesional-pacientes, quendas, fatiga, capacitación. Factores do proceso: análise dos fallos dos diferentes pasos do proceso, equipamento: mantemento reactivo e proactivo, obsolescencia. Factores ambientais: ruído, espazo, mobiliario. Xestión da información: comunicación intra e extraprofesional, liderazgo: cultura da organización con respecto á seguridade, supervisión adecuada.”

Para cada unha das seguintes afirmacións, escolla a opción coa que estea máis de acordo.

Creo que os factores humanos son a principal causa de EA.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo
Creo que os factores do proceso son a principal causa de EA.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo
Creo que os factores ambientais son a principal causa de EA.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo
Creo que a xestión da información e o liderazgo na unidade son as principais causa de EA.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo
Creo que a falta de comunicación entre os membros do equipo de saúde pode limitar a notificación de EA.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo

Creo que existe o risco dun EA debido ás características do paciente da miña unidade e debo de recibir formación específica de forma continuada.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo
Creo que o actual protocolo existente na unidade é capaz de previr a aparición EA.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo
Creo que en caso de ter dúbidas ante un posible EA sería correcto avisar ao supervisor/a ou figura de referencia dispoñible.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acordo	<input type="checkbox"/> De acordo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> En desacordo	<input type="checkbox"/> Moi en desacordo

Despois de facer o cuestionario:

Canto está disposto/a a implicarse agora na cultura da seguridade do paciente en relación cos EA e o seu notificación?

Nunha escala do 1 ao 10, sendo 1 menos probable e 10 máis probable:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.