

Artículo de opinión

Necesidad de un modelo de formación de competencia profesional en gestión de seguridad del paciente en cuidados intensivos

Need for a model, training of professional competence Patient safety management in intensive care

Reudis Durán Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7628-6231>

Irayma Cazull Imbert² <https://orcid.org/0000-0002-6629-2291>

Raúl Hernández Heredia³ <https://orcid.org/0000-0001-5298-8098>

¹Hospital General Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Baracoa, Guantánamo, Cuba.

²Hospital General Docente Agosthino Neto. Guantánamo, Cuba.

³Universidad de Guantánamo. Cuba.

* Autor para la correspondencia: reudy.gtm@infomed.sld.cu

RESUMEN

La seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con algunos de los servicios de salud; a nivel internacional los eventos adversos ocurren cada día por paciente, y Cuba no está exenta de ellos. Las unidades de cuidados intensivos son susceptibles a los errores y eventos adversos. Esta investigación se realiza para demostrar la necesidad de crear un modelo de formación de competencia profesional en gestión de la seguridad del paciente en cuidados intensivos. La necesidad de este modelo se fundamenta en su inexistencia, en debilidades del proceso de formación intencionado de pregrado y posgrado, así como el incremento de la morbilidad, la mortalidad, las secuelas, la estadía y los costos relacionados con eventos adversos.

Palabras clave: seguridad del paciente; modelo de gestión; enfermería intensiva.

ABSTRACT

Patient safety is the guarantee of people to be free from suffering any kind of harm when they interact with some of the health services; At the international level, adverse events occur every day per patient where Cuba is not exempt from them, intensive care units are susceptible to errors and adverse events. For these reasons, this research is carried out to demonstrate the need for a training model for the professional competence “Management of patient safety in intensive care”. The need for this model is based on its non-existence, on weaknesses in the intentional undergraduate and postgraduate training process, as well as the increase in morbidity, mortality, sequelae, stay and costs related to adverse events.

Keywords: patient safety; management model; Intensive nursing.

Recibido: 09/06/2021

Aprobado: 23/06/2021

Introducción

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad de la gestión de la calidad del cuidado de enfermería que se brinda. De ahí la necesidad de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de los eventos adversos en la asistencia sanitaria, para prevenir su ocurrencia y proteger a los pacientes con acciones que garanticen prácticas seguras.^(1,2)

La preocupación por la seguridad del paciente no es un tema nuevo. Los primeros estudios datan de 1950, pero desde que en 1999 se publicó el libro *To err is Human: building a safer health system* se convirtió en un factor esencial de la calidad asistencial y es objeto de atención general.⁽³⁾

La seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con algunos de los servicios de salud.⁽⁴⁾

Esta investigación considerará como tal a la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles que se producen por la atención que se brinda, como resultado de servicios eficaces y satisfactorios que garantizan una atención de calidad.⁽⁵⁾

Sin dudas, la seguridad del paciente constituye una prioridad en la actualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantea, a partir de 2004, una gran alianza mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios que comprende medidas consideradas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema “Ante todo, no hacer daño”.^(4,5)

Así mismo, el Consejo de Europa establece en 2005 la “declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo”. Se aconseja a los países, que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.⁽⁶⁾

En Cuba existe la *Resolución Ministerial número 1/2007. Reglamento general de hospitales*, que concibe en la *Sección III. Del sistema de gestión de calidad hospitalaria*, artículos 29-38 los requisitos para la evaluación de la calidad de los hospitales, sus funciones y dentro de ellos crear una cultura de calidad en los trabajadores,⁽⁶⁾ pero no contempla de forma explícita la cultura de seguridad, seguridad de los pacientes y la gestión profesional de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Se reportan investigaciones^(5,7,8,9,10,11) que relacionan las competencias, pero no se declara un modelo que responda a la gestión del profesional de enfermería para la seguridad del paciente.

Los autores son del criterio que la actuación de enfermería en aras de la seguridad del paciente está implícita en el cumplimiento oportuno y correcto de sus funciones en los tres niveles de atención: valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes y evaluar sus respuestas, a partir de un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos que ocurran. Pero es necesario mantener

actuaciones conscientes, sistemáticas, planificadas y objetivas que garanticen uniformidad y medición de la efectividad de las prácticas cotidianas.

Para lograr procesos de enfermería seguros es imprescindible que previamente exista lo que se denomina “cultura de seguridad” que más allá de los profesionales de este perfil abarca a todo el sector e incluso a la población.

No existen suficientes definiciones de este término. El diccionario de la lengua española⁽¹²⁾ define la *cultura* como el conjunto de conocimientos, tradiciones, modo de vida y nivel de desarrollo social, económico y político que posee una colectividad humana o época. También lo describe como el conjunto de conocimientos y habilidades que posee una persona que le permitan desarrollar el juicio y el sentido crítico. Se define *seguridad* como condición de estar alguien o algo libre de peligro o daño. *Luengas Amaya* la define como “el conjunto de respuestas aprendidas por los individuos dentro de un grupo, que tiene como propósito adaptarse y sobrevivir dentro de él. Como tal, presupone un patrón integrado de comportamientos individuales y grupales, que ocurre alrededor de creencias y valores compartidos”.⁽¹³⁾

Los autores la conciben como el conjunto de conocimientos, creencias y valores compartidos, el arte del cuidado, la moral, costumbres y habilidades adquiridas por los individuos dentro de un grupo que tiene como propósito mantener a las personas libre de todo daño, amenaza, peligro o riesgo y contra todo aquello que pueda perturbar o atentar contra la integridad física, moral, social y hasta económica.

La cultura de la seguridad en los profesionales de la enfermería intensiva adquiere una significación especial dadas las características del paciente grave y del sistema de trabajo de estas unidades, ya que, por su carácter relativamente cerrado, la supervivencia del enfermo depende de la vigilancia continua y el cumplimiento consciente de las indicaciones médicas. La variedad, el número de medicamentos administrados, la diversidad de las técnicas y procedimientos invasivos a las que se somete el paciente convierten estas unidades en áreas de mayor riesgo para que se produzcan eventos adversos (EA), por lo que es imprescindible que exista un proceso de formación continua en función de la seguridad del paciente, con la utilización de herramientas y técnicas para lograr dicha cultura.

Existen reportes de investigaciones que demuestran que entre 44,00-98,00 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de errores médicos; cerca de 7000 personas mueren solamente como consecuencia de errores de medicación, 16 % más que las que fallecen a consecuencia de accidentes laborales.^(3,14,15,16) Todo esto hace que aumenten los costos hospitalarios, para el país, el paciente y los familiares.

La situación problemática de esta investigación consiste en:

- Inexistencia de un modelo de gestión profesional de enfermería que sustente la seguridad del paciente en cuidados intensivos de adultos.
- Deficiencia en un proceso de formación pregraduada intencionado en los cuidados intensivos de adultos para la seguridad del paciente.
- Incremento de la morbilidad, la mortalidad, las secuelas, la estadía del paciente en la unidad y en el hospital y de los costos.
- Alta incidencia de las infecciones nosocomiales.

El presente estudio fue aprobado por el Consejo Científico de las instituciones participantes y el Consejo Científico Provincial de Guantánamo. La investigación se realizó conforme a los principios de la ética médica y la Declaración de Helsinki. Se procedió según las normas éticas institucionales y nacionales vigentes.

Desarrollo

En España,^(13,17) se considera que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad, situado en el centro de la política sanitaria, cuyo objetivo es mejorarla en beneficio del paciente atendido en los centros sanitarios del sistema nacional de salud (SNS) a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover, desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes y familiares; e implantar prácticas seguras recomendadas. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la seguridad del paciente de la OMS y de otros organismos internacionales.^(14,16)

En el ámbito español se llevó a cabo en 2005 el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Los resultados de ese estudio establecieron que la incidencia de pacientes con EA que se relacionan con la asistencia sanitaria en hospitales fue del 8,4 %. Según el informe ENEAS,^(17,18,19) el 37,4 % de los EA se relacionaron con la medicación; las infecciones nosocomiales representaron el 25,3 % del total y el 25 % estaban relacionados con problemas técnicos durante los procedimientos que se le realizan a los pacientes. Un 31,4 % de los EA identificados tuvo como consecuencia un incremento de las estancias. De los 1063 pacientes que desarrollaron un EA, el 66,3 % precisó procedimientos adicionales y un 69,9 % tratamientos adicionales. Por último, el 42,8 % de los EA se consideraron como evitables. Otros estudios publicados en España^(18,19,20) establecen que la tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión en hospitales oscila entre 8-16 %.

Del análisis anterior se pueden extraer diversas conclusiones. Se está ante un problema importante, de gran calado y que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores.

Otra conclusión es que, aunque la reducción de EA requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de enfermería, dados los tipos de EA evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente e infecciones nosocomiales), desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y, por tanto, están muy implicados en la seguridad del paciente.

Terol⁽²⁰⁾ llamó la atención sobre el hecho de que un 20 % de los pacientes que ingresaban en hospitales universitarios sufrían alguna yatrogenia y que el 25 % de estas se podrían considerar como graves. Igualmente, estudios desarrollados en EE.UU., Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá ponen de manifiesto que la tasa de EA en hospitales oscila entre un 4-17 %.⁽²¹⁾

El estudio Harvard Medical Practice (HMPS), que podría considerarse como trabajo de referencia sobre estos aspectos, estimó una incidencia de EA del 3,7 % en las 30 121 historias clínicas de pacientes analizadas, y que el 70 % de estos provocó

discapacidades leves, el 3 % discapacidades permanentes y en el 14 % de los pacientes contribuyeron a su muerte.^(16,20,21)

Se realizó un análisis de múltiples modelos a nivel internacional que tratan de gestión de calidad relacionados con la seguridad del paciente: análisis a modo de fallo y efecto (AMFE) o similares.^(8,15,22)

Los modelos para implantar un sistema de excelencia en la gestión son ya abundantes. Los más conocidos son aquellos en los que se basan los diferentes premios internacionales a la calidad relacionados con la seguridad del paciente: el modelo de excelencia (EFQM Excellence Model) creado por la European Foundation for Quality Management como base para establecer los criterios de evaluación del Premio Europeo a la Calidad (European Quality Award); los criterios Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence, que sirven de base para la evaluación de las organizaciones candidatas al Malcolm Baldrige National Quality Award impulsado por el gobierno estadounidense; y los criterios de evaluación del Premio Deming japonés.^(17,19)

El modelo y el Premio Deming

Desde su nacimiento en 1951, ha ejercido una gran influencia en el desarrollo del control y la gestión de la calidad y seguridad en Japón;⁽¹⁹⁾ estos dos aspectos se fusionan entre sí y son inseparables. El objetivo básico con el que nació era convertirse en una herramienta para mejorar y transformar la gestión de las organizaciones japonesas.

En Brasil⁽²³⁾ se originó en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: cultura de la seguridad y procesos seguros.

Luengas Amaya⁽¹³⁾ propone un modelo para gestionar la seguridad del paciente en instituciones de salud en diversos hospitales colombianos. Además, plantea “que sin una cultura de seguridad, difícil se logren procesos seguros”.

La discusión de la cultura de la seguridad del paciente es reciente en Cuba. El conocimiento científico aún con ese tema se muestra incipiente. Así, es necesario el desarrollo de estudios que traten la cultura de la seguridad en los profesionales de

enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) cubanas, ya que son ambientes que pueden ofrecer mayores riesgos a la seguridad del paciente, debido a las particularidades de los pacientes graves y su estado inmunocomprometido, la intensa atención, dispositivos tecnológicos, conocimientos, competencias y habilidades específicas de los profesionales de enfermería.

En Cuba existen estudios de competencia profesional en enfermería, de EA que se basan en la seguridad del paciente;^(4,11,16) pero falta un modelo de gestión para la seguridad del paciente.

El tema de la seguridad en Cuba se ha venido desarrollando desde la praxis, pero no desde la academia. Es decir, las universidades tienen el enfoque de formación técnica, mas no se ha creado un verdadero proceso de concientización y reflexión acerca de la seguridad del paciente y de la cultura de la seguridad. En la investigación realizada por *Sánchez Fernández* y otros⁽²⁴⁾ demostraron que con la formación del licenciado en enfermería verticalizado se logra mejor nivel de atención, calidad en los procesos asistenciales de enfermería con pensamiento ético y científico que pudieran satisfacer las necesidades de salud de la población.

Cuñat Ladrón de Guevara y otros,⁽²⁵⁾ en su estudio sobre competencias de enfermería en el proceso vital de cuidados, demostraron que las competencias de enfermería se solidificaron utilizando los diferentes procesos dentro de esta profesión, lo que permitió satisfacer las necesidades asistenciales, en todos los ámbitos de actuación profesional.

Estos resultados no coinciden con los de la investigación de *Durán* y otros^(11,26) quienes demostraron que los licenciados en enfermería verticalizados no mejoran el nivel de atención en los procesos asistenciales, ya que no tienen una formación posgraduada sobre los cuidados al paciente grave, y no se integran desde el proceso de formación programas sobre la seguridad del paciente basado en una cultura de la seguridad. Se encontró que un mayor porcentaje de los licenciados en enfermería verticalizados presentaron evaluaciones de mal; las sepsis aumentaron a partir del cuarto día del ingreso de los pacientes y existió marcada incompetencia en la realización de procedimientos invasivos.

En otra investigación del mismo autor,⁽¹¹⁾ este reveló que a los pacientes que se les realizó la cateterización vesical presentaron infección del tractus urinario a partir del tercer día por procedimientos inadecuados y violación de normas.

Agramonte del Sol y Farres Vázquez⁽²⁷⁾ demostraron que la estrategia curricular para garantizar la formación integral de los estudiantes y su repercusión en la calidad de la atención influye en la formación de un profesional competente, capaz de aplicar conscientemente en su modo de actuación profesional un enfoque ético, bioético, humanista y manifestar buenas prácticas, seguras y responsables en el cuidado. Esto se traduce en seguridad para el paciente, lo cual debe responder al perfil de salida del plan de estudios y no se puede lograr con la debida profundidad desde una sola disciplina o asignatura.

En entrevistas a los profesionales de enfermería de la UCI, se encontró que los principales obstáculos identificados para la notificación de los EA son los siguientes:

- Agotamiento físico y mental por la sobrecarga de trabajo.
- Falta de conciencia de que ha ocurrido un error, de que se debe documentar y por qué hacerlo.
- Percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- Falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Desmotivación a la profesión y superación.
- Percepción de que demasiada ocupación en la documentación (historia clínica) permite brindar los cuidados con calidad y realizar los procedimientos establecidos.

Estos resultados denotan procesos inseguros, baja cultura de la seguridad e inseguridad en los pacientes. Constituyen un problema en el sistema de salud cubano, lo que motivó a los autores a valorar los planes de estudio para la formación del licenciado en enfermería, algo semejante a lo encontrado por otros autores en sus estudios.^(28,29,30)

Esto permitió junto con la práctica asistencial, docente e investigativa, identificar un conjunto de limitaciones en la atención de enfermería en la UCI para garantizar la seguridad del paciente:

- Pensamiento profesional no centrado en el paciente con inadecuada utilización del método clínico-epidemiológico, que no concibe los riesgos que incrementan inseguridad en el paciente.
- Insuficiente conocimiento científico-técnico del profesional de enfermería acorde con la complejidad de los cuidados que exige el paciente grave.
- Deficiencias en el trabajo en equipo y en la adopción de medidas organizativas y capacitantes en función de la calidad de la atención del paciente y de su seguridad.
- Carencia de habilidades, actitudes y hábitos adquiridos en la formación del nuevo profesional de enfermería de ingreso a este servicio.

Se reconoció que en el Plan de estudios B y C de la formación de la Licenciatura en Enfermería se dedicaba un mayor periodo de tiempo a las rotaciones (8 horas diarias); se hacía énfasis en la formación de valores en cada asignatura o rotación; los principios éticos y bioéticos; que las habilidades a alcanzar en cada rotación le permitían su desempeño en los tres niveles de atención de salud, incorporando su labor profesional a los servicios de urgencias y las UCI por la seguridad del paciente. En cambio, el Plan D contenía una insuficiente práctica para la formación de las habilidades y un limitado periodo de tiempo en las rotaciones por los servicios (cuatro horas de rotación, 8 a la semana), así como un tratamiento menos enfático de los valores.

Conclusiones

La necesidad de un modelo de gestión profesional de enfermería que sustente la seguridad del paciente en cuidados intensivos de adultos se fundamenta en su inexistencia, en debilidades del proceso de formación intencionado de pregrado y

posgrado, así como el incremento de la morbilidad, la mortalidad, las secuelas, la estadía y los costos relacionados con eventos adversos.

Referencias bibliográficas

1. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud, Barranquilla. 2007 July [Acceso 09/06/2021];23(1):112-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100011&lng=en
2. Valderrama Charry LD, Rojas Beltrán JP. Enfermería, eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. Cultura del Cuidado, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000. [Acceso 09/06/2021]. Disponible en: <https://revistas.unilivre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5850>
3. World Health Organization, World Alliance for patient Safety. More than words. Conceptual framework for the International Classification for patient safety, version 1.1. Technical Report No. WHO/IER/2010.2. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
4. Urbina Laza O. Competencias de enfermería para la seguridad del paciente. Rev Cubana Enfermer. 2011 [Acceso 09/06/2021];27(3):239-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008&lng=es
5. Danguole Jankauskienė AK. Management of Adverse Events in The Hospital. Health Policy and Management. Research Journal. 2019 [Acceso 09/06/2021]1(11). Disponible en: <https://ojs.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/5244>
6. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No.1. Anexos a la Resolución Ministerial No.1. Reglamento general de hospitales. República de Cuba. La Habana; 2007.

7. Camisón C. Modelos internacionales de excelencia en la gestión. 2020 [Acceso 09/06/2021]. PID_00202325. Disponible en: https://modelos-internacionales-de-excelencia-en-la-gestion_compress.pdf
8. Los Modelos de Excelencia en Latinoamérica. Características, comparativa, claves y recomendaciones para su aplicación. 2021 [Acceso 09/06/2021]. Disponible en: https://www.isotools.org/pdfs-pro/Ebook_Modelos_Excelencia_Latinoamerica.pdf
9. Espinoza Cruz JA. Programa de capacitación para la mejora de la calidad del cuidado a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Emergencias “Grau”. EsSalud 2016. Perú; 2018. [Acceso 09/06/2021]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16102/Espinoza_CJA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Fernández Cantón SB. Error y mal praxis. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED-OPS/OMS. 2016 [Acceso 09/06/2021];31(3). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/numero_completo.pdf
11. Durán Rodríguez R, Cazull Imbert I, Pérez Reinoso A, Correa Pita A. Evaluación de competencia profesional de enfermería en cuidados intensivos adultos en aspiración endotraqueal. Rev Inf Cient. 2017 [Acceso 09/06/2021];96(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1743>
12. Océano Práctico. Diccionario de la lengua española y de nombres propios. Edit. Océano. España; 2004.
13. Luengas Amaya S. Modelo de gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Centro de gestión hospitalaria. Vía salud onlain. 2008 [Acceso 04/02/2021];43. Disponible en <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidadycultura.pdf>
14. Saura Llamas J. Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de medicina de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia-España. Medicina Familiar. 2019 [Acceso 04/02/2021];21(2):69-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2019/amf192e.pdf>

15. Amores AT, Marrero QJA. Mala praxis médica en el quirófano. Rev Cubana Cirug. 2015 [Acceso 09/06/2021];54(2):187-94. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2015/rcc152l.pdf>
16. Sánchez Amo L, Sánchez Rubiales M. Influencia del estrés y la duración de la jornada laboral sobre el error médico. Actual Med. 2018 [Acceso 09/06/2021];103(805):148-55. Disponible en: <https://actualidadmedica.es/wp-content/uploads/805/pdf/re01.pdf>
17. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005. [Acceso 09/06/2021]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
18. Barris Blundell D. Aplicación del modelo EFOM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2012 [Acceso 04/02/2021];14(2):50-60. Disponible en: <http://www.farmaciazaruelo.com/wp-content/uploads/2014/09/APLICACION-MODELO-EFQM.pdf>
19. Lallana Sáinz E. Aplicación del modelo EFQM para la mejora continua de la calidad en un servicio de farmacia hospitalaria. Madrid, 2018. [Acceso 04/02/2021]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46603/1/T39627.pdf>
20. Terol E, Agra Y, Fernández MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B, *et al.* Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Medicina Clínica. 2008;131(N.º Extra 3):4-11.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, Período 2015-2020. Madrid: Paseo del Prado; 2020. p. 18-20. [Acceso 09/06/2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
22. Ministerio de Sanidad y Política Social, gobierno de España. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. 2009 [Acceso 04/02/2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

23. Estebanez Roque K, Tonini T, Prates Melo EC. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out. 2016;32(10):e00081815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>
24. Sánchez Fernández G, Quiala Ducás E, López Legra O, Gamboa Gamboa M, Granda Pajan A. Formación verticalizada del licenciado en Enfermería para prestar un servicio con calidad. *Rev Inf Cient*. 2015;91(3):28-37.
25. Cuñat Ladrón de Guevara Y, Pardo Fernández A, Lara Latamblé NT, Local Rojas E. Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados. *Rev Inf Cient*. 2017;96(2):166-77.
26. Durán Rodríguez R, Castillo Pérez Y, Fernández Matos AR, Rubio Méndez AM. Urosepsis nosocomial en una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto. 2016 [Acceso 25/02/2021];5(1). Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/issue/view/12>
27. Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. *Rev Cubana Enferm*. 2011 [Acceso 25/02/2021];27(1):8-15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
28. Saura LJ. Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de medicina de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia-España. *Arch Med Fam*. 2019 [Acceso 09/06/2021];21(2):69-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86597>
29. Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Bordelois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *MEDISAN*. 2014;18(2):156.
30. Real López L, Díez Estébanez ME, Serrano Hernantes M, de la Iglesia García E, Blasco Romero I, Capa Santamaría S. Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. *Gerokomos*. 2017 [Acceso 09/06/2021];28(2):103-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200103&lng=es

Conflictos de intereses

Los autores declaran que notienen ningún conflicto de intereses.

Declaración

Los resultados de la presente investigación y la opinión de sus autores, necesariamente no refleja la posición de la Sociedad Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias o del Grupo Nacional de la especialidad.

Contribución de los autores

Conceptualización: Reudis Durán Rodríguez.

Curación de datos: Irayma Cazull Imbert, Raúl Hernández Heredia.

Análisis formal: Reudis Durán Rodríguez, Irayma Cazull Imbert, Raúl Hernández Heredia.

Investigación: Reudis Durán Rodríguez.

Metodología: Reudis Durán Rodríguez, Irayma Cazull Imbert, Raúl Hernández Heredia.

Redacción (borrador original): Reudis Durán Rodríguez, Irayma Cazull Imbert, Raúl Hernández Heredia.

Redacción (revisión y edición): Reudis Durán Rodríguez, Irayma Cazull Imbert, Raúl Hernández Heredia.