

La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil¹

William Wegner²

Eva Neri Rubim Pedro³

Se trata de una investigación estudio de caso cualitativo, cuyo objetivo fue analizar cómo las acompañantes/cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado. Fue realizada con 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de Porto Alegre, Brasil entre agosto y diciembre de 2010. Entrevista semi-estructurada fue utilizada para la recolección de las informaciones, siendo sometidas a análisis temático con apoyo del software QSR Nvivo 7.0. El análisis de las informaciones dejó en evidencia siete categorías. Los resultados sugieren la revisión y control permanente en cualquier intervención del profesional y el proceso de comunicación efectivo profesional-acompañante-niño. El estudio trae como recomendaciones los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado seguro y visión sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos.

Descriptor: Seguridad; Niño Hospitalizado; Errores Médicos; Cuidadores; Personal de Salud.

¹ Artículo parte de la Tesis de Doctorado "A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil", presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

² PhD, Profesor Titular, Centro Universitário Metodista IPA, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondencia:

William Wegner
Centro Universitário Metodista, IPA
Unidade Central. Curso de Enfermagem
Rua Cel. Joaquim Pedro Salgado, 80
Bairro: Rio Branco
CEP: 90420-060, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: williamwegner@yahoo.com.br

A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil¹

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, cujo objetivo foi analisar como as acompanhantes/cuidadoras e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado. Foi realizada com 15 acompanhantes/cuidadores e 23 profissionais da saúde das unidades de internação pediátrica de um hospital-escola de Porto Alegre, RS, Brasil, no período entre agosto e dezembro de 2010. A entrevista semiestruturada foi utilizada na coleta das informações, sendo submetida à técnica da análise temática com apoio do software QSR Nvivo, versão 7.0. A análise das informações evidenciou sete categorias temáticas. Nos resultados, destacam-se a revisão e conferência permanentes em qualquer intervenção do profissional e o processo de comunicação efetivo profissional/acompanhante/criança. O estudo traz como principais recomendações as mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde para uma cultura de segurança, com ênfase no cuidado seguro em saúde e visão sistêmica na avaliação da ocorrência de eventos adversos.

Descritores: Segurança; Criança Hospitalizada; Erros Médicos; Cuidadores; Profissionais da Saúde.

Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children

This case study with a qualitative approach presents an analysis of the perceptions of family caregivers/companions and health workers concerning adverse events in care contexts. A total of 15 companions and 23 health workers from pediatric hospitalization units of a university hospital in Porto Alegre, Brazil participated in this study from August to December 2010. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed through thematic content analysis using QSR's Nvivo version 7.0. Seven thematic categories emerged from the analysis. The results highlight reviewing and checking workers' interventions and implementing effective communication among workers, caregivers and children. The main recommendations concern changing the organizational culture of health facilities, emphasizing safe care and a systemic view of the evaluation of adverse events.

Descriptors: Safety; Hospitalized Child; Medical Errors; Caregivers; Health Personnel.

Introducción

Se ha observado que la atención en salud envuelve diversas circunstancias que pueden comprometer la seguridad del niño y del acompañante. Los eventos adversos aguzan temáticas en los servicios de atención a la salud, las cuales son poco discutidas y contextualizadas - por ser un asunto de difícil abordaje - y muchas veces tratadas de manera velada por los profesionales e incluso por los usuarios.

En la literatura y en la práctica cotidiana, se reconocen circunstancias que relacionan los eventos adversos que culminan en errores en la atención en salud. Eso ha generado millones de muertes en el mundo entero. En el año de 2004, fue creada la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de Salud (OMS), con el objetivo principal de movilizar

esfuerzos globales en la seguridad del cuidado en salud para todos los pacientes⁽¹⁾.

Se entiende por seguridad del paciente como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud. Esas estrategias buscan evitar, precaver y minimizar los resultados provenientes de eventos adversos consecuentes de las prácticas de atención en salud asociadas al cuidado⁽²⁻³⁾. Los eventos adversos son injurias causadas por el cuidado del profesional de la salud por factores no relacionados a la enfermedad de base del paciente, pudiendo prolongar la hospitalización o modificar el tratamiento propuesto inicialmente⁽²⁻⁴⁾.

Ocultar sobre los errores es, por sí solo, una situación que envuelve varias consecuencias, que pueden ser mediatas o inmediatas, y comprometer un tratamiento.

La experiencia profesional en el contexto de cuidado pediátrico permite referir que eso acontece en la práctica del cuidado en salud y no es infrecuente, ya que es más fácil olvidar o negar de lo que responsabilizarse delante de las acciones que no se desarrollaron conforme el planeado. Desde el momento en el que se materializa la posibilidad de que ocurran errores, se minimizan las críticas estériles sobre la personalización individual de los eventos adversos.

Un estudio realizado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente identificó una superioridad entre 3% a 16% de pacientes que sufren eventos adversos resultantes de atenciones médicas no seguras en sus hospitalizaciones. El abarcamiento de esas circunstancias fue verificada en todos los países, fuesen ellos desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados, siendo que la mayoría de los datos es proveniente de naciones desarrolladas. Se cree que en países pobres esos resultados sean infinitamente peores y con menores perspectivas de solución⁽⁵⁾.

La cuestión de investigación que orientará el estudio es: ¿cómo y por qué las circunstancias de cuidado predisponen el niño hospitalizado a eventos adversos, comprometiendo su seguridad y protección?

La tesis en la que éste estudio se apoya es que las circunstancias de cuidado predisponen el niño hospitalizado a eventos adversos en los escenarios de atención a la salud, lo que interfiere en la seguridad del paciente.

En ese estudio, las circunstancias de cuidado fueron las acciones realizadas por/para alguien en el contexto de un servicio de salud que caracterizan el servicio y las intervenciones realizadas por los profesionales envueltos. Esa concepción fue propuesta y caracterizada en la asistencia a la salud más allá de procedimientos e intervenciones técnicas específicas en el paciente, ampliando para las relaciones, las rutinas, el plan de desarrollo institucional, la planificación estratégica, objetivando una visión sistémica y procesal de todos los elementos que constituyen la relación de cuidado. Las circunstancias de cuidado envuelven la acción propiamente dicha (intervención, procedimiento, conducta), el equipo (profesionales), el paciente (niño-acompañante-familia), el contexto (procesos de trabajo, corporaciones, regimientos/reglas, cultura hospitalocéntrica) y el escenario (hospital, unidad de internación). Esos elementos de las circunstancias de cuidado deberían aportar e influenciar el cuidado seguro en la atención a la salud, pero se sabe que existen asincronías/desvíos que materializan los errores en esa estructura sistémica que constituye la seguridad del paciente⁽⁶⁾.

El objetivo general de ese estudio fue analizar como las acompañantes/cuidadoras y profesionales

de la salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado.

Metodología

El abordaje teórico-metodológico utilizado en esta investigación fue cualitativo y el dibujo de investigación electo fue estudio de caso del tipo exploratorio. El estudio de caso, mientras dibujo de investigación, es el análisis sistemático de diversas maneras de información que posibilitan alcanzar la comprensión de un dado contexto y de aquéllos inseridos en él. Permite preservar las características significativas, holísticas e integrales de los acontecimientos de la vida real cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos⁽⁷⁾.

La unidad de análisis de este estudio de caso fue las circunstancias de cuidado presentes en el contexto de los niños hospitalizados en la institución.

El estudio fue desarrollado en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) en las Unidades de Internación Pediátrica 10º Norte, 10º Sur y 3º Este. Las unidades investigadas presentan 96 lechos destinados a la atención en salud de niños con los más variados problemas.

Los participantes del estudio fueron 23 profesionales de la salud de los servicios seleccionados y 15 acompañantes/cuidadores de niños. La selección de todos los participantes fue intencional. Las enfermeras de cada turno auxiliaron en la indicación de los potenciales participantes. La colecta de las informaciones aconteció en el período de agosto a diciembre de 2010.

La colecta de informaciones fue acarreada desde una entrevista semi-estructurada. Fueron elaborados dos guiones conteniendo las cuestiones orientadoras del estudio. Los dos guiones fueron elaborados con base en las cuestiones de investigación que fueron dirigidas a los acompañantes y profesionales de la salud envueltos en las circunstancias de cuidado, buscando comprender el fenómeno en averiguación.

Los datos generados de la etapa anterior fueron transcritos y hechos operacionales mediante el análisis de contenido del tipo temática⁽⁸⁾. También fue previsto y utilizado el uso del *software* QSR Nvivo versión 7.0 como herramienta para la organización de las informaciones.

Los preceptos bioéticos fueron respetados y seguidos de acuerdo con Resolución 196/96. El proyecto fue evaluado y aprobado por la Comisión Científica y Comisión de Investigación y Ética en Salud del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, siendo aprobado bajo el número 100085, antepasadamente al inicio de la recogida de datos. Los participantes fueron esclarecidos de que la participación era de carácter voluntario, pudiendo haber el desistimiento en cualquiera una de las etapas propuestas, sin que esta

decisión causase obligación a sí o al niño en tratamiento, o mismo interferencia en las actividades de los profesionales envueltos, habiendo el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. En el texto, los fragmentos de las acompañantes aparecieron codificados por la letra A, seguida de un guarismo numérico para indicar el orden de participación, por ejemplo, A1 = Acompañante 01. Ya los profesionales fueron codificados por la letra P, por ejemplo, P5 = Profesional de la Salud 05.

Resultados

El proceso de análisis e interpretación de los datos evidenció siete categorías temáticas que fueron desarrolladas para confirmar y sostener la tesis de este estudio. Las tres primeras fueron construidas desde el material empírico colectado junto a las acompañantes/cuidadoras.

El estudio tuvo 38 participantes, de los cuales 15 eran acompañantes/cuidadoras del niño hospitalizado y 23 eran profesionales de la salud. Con relación a las acompañantes, se destaca que son madres con dificultades socioeconómicas y que viven desigualdades relacionadas a la educación, al acceso a servicios básicos y al mercado de trabajo. En cuanto a los niños, sus peculiaridades posibilitan afirmar que podrán ser usuarios constantes de los servicios de salud y con gran predisposición a problemas relacionados al proceso de crecimiento y desarrollo conferido por la condición crónica de la enfermedad y por cuestiones contextuales de la familia cuidadora. Entre los profesionales de la salud, es posible constatar que es un grupo experiente, maduro y calificado para asistir el niño hospitalizado.

La primera categoría, intitulada *los eventos adversos identificados en las circunstancias de cuidado por la acompañante del niño hospitalizado*, describe los principales fallos identificados por las madres en la hospitalización de su hijo. Se verificó una mayor preocupación con el proceso medicamentoso, lo cual puede traer serias limitaciones para la recuperación de la salud y aun agravar su estado de salud. El relato abajo ejemplariza eso: *Ella [técnica] dio medicina de vermes para mi hija y no anotó en la planilla, y después la otra que llegó cambió el plantón y dio la medicina de nuevo, pero la culpa no fue de la que dio de nuevo, sino de la que no anotó. Anoté el nombre de ella para hacer esa crítica* (A12).

Además, fueron considerados eventos adversos en la percepción de las acompañantes/cuidadoras la comunicación débil, la imprecisión en los diagnósticos médicos y en la realización de procedimientos invasivos, la descompensación del niño en la ejecución de procedimientos, el examen físico superficial, la

contaminación del niño por el profesional, el número insuficiente de trabajadores, la identificación incorrecta del niño, la realización de atenciones de capacidad de los profesionales por la acompañante y el agotamiento/fatiga de la acompañante/cuidadora.

En la segunda categoría, *el cuidado seguro en el óptico de la acompañante del niño hospitalizado*, fueron enlistadas las estrategias para un cuidado seguro. Se observó que las tecnologías llevables se han destacado como elemento central en el proceso de trabajo en salud, pero las tecnologías lleve-duras y duras son complementarios, fortaleciendo la seguridad del paciente. Las intenciones de los profesionales de la salud, aliadas a una comunicación efectiva, son imprescindibles para la calidad del cuidado al niño hospitalizado. Asimismo, el servicio individual, el acceso y el entendimiento de las informaciones sobre el estado de salud del niño, las intervenciones con calidad y puntualidad, la rigurosa higienización de manos y equipos, el trabajo en equipo con visión crítica y el buen sentido permean un cuidado seguro en el óptico de las acompañantes/cuidadoras. La participante a continuación contextualiza el proceso de comunicación efectivo: *La atención de los enfermeros, la atención de los médicos, de todo el equipo, no tiene lo que lamentarse y cualquier cosa que uno necesite ellos están atentos para contestarnos, satisfacer nuestras preguntas, qué uno necesita* (A5).

En la tercera categoría, *el papel de la acompañante en la seguridad del niño hospitalizado*, se delinean las atribuciones que deberían ser dirigidas para la cuidadora leiga, destacando la fiscalización y la vigilancia de las atenciones prestadas como principal papel. El compartimiento de atenciones básicas de higiene/confort y alimentación con la supervisión y la orientación del equipo de enfermería es una realidad requerida por las madres que buscan el involucramiento y la participación en las atenciones con el hijo, pero eso no puede exentarse o sustituir el equipo de enfermería. Una madre enfatiza que la vigilancia es lo más importante de la acompañante en la hospitalización del hijo: *Es fiscalizar. Porque yo fiscalizo mucho, yo ojo, ¿qué está poniendo allí?, ¿cuál medicina qué dará ahora? ¿Pero, por qué? - Porque muchas veces aconteció de la persona venir ahí y está haciendo un procedimiento equivocado, que yo estoy viendo que está equivocado, que fue dicho que era de otra manera..., mira, ¡no es así!, ¿pero por qué?, porque la otra no hizo así [...] no es en cuanto ni yo haré, ahí yo digo, no, va informarse* (A4).

La capacidad de observar, ofrecer protección y amparo al niño y ser cuestionadora son actitudes proactivas de las madres en el proceso de comunicación con los profesionales. La presencia de la acompañante/cuidadora fue considerada un requisito para el desarrollo

de una cultura de seguridad del paciente en el contexto de la hospitalización infantil por todos esos papeles identificados.

La cuarta categoría - *hospital: ¿escenario de seguridad para el niño?* - cuestiona sobre las necesidades de hospitalización y cuales las indicaciones para que el niño sea encaminada a ese escenario de cuidado. La presencia de un equipo multiprofesional y el trabajo interdisciplinar desarrollado por ésta son elementos que tornan el hospital un ambiente seguro para la atención a la salud. El profesional a continuación destaca el equipo multiprofesional y la preocupación del hospital con la seguridad del paciente:

Sí, considero seguro. A pesar de ser seguro pueden acontecer cosas que puedan perjudicar esta seguridad del paciente, pero en la mayor parte del tiempo es seguro por los profesionales que tiene [...] la gente busca tener mucha atención con los pacientes para que no ocurran errores, aunque pueda acontecer (P13).

La quinta categoría, *los eventos adversos en el óptico de los profesionales de la salud*, describe las principales circunstancias que llevan a la ocurrencia de errores en el cuidado a la salud del niño hospitalizado. Los participantes inicialmente formulan una concepción de evento adverso, conceptuándolo como un fallo en la asistencia o en la acción terapéutica propuesta por el profesional. Los eventos adversos ejemplarizados pueden ser subjetivos y objetivos, siendo los últimos los más frecuentemente relatados. El relato abajo presenta la comprensión sobre evento adverso, relacionándolo el fallo en la asistencia el niño:

¿Evento adverso para mí es una situación en la que ocurre un fallo, eh? o porque no estaba previsto [...]. Y también los fallos humanos, digamos así. [...] Entiendo eso como evento adverso, sean las reacciones, las inter-ocurrencias de las atenciones que uno presta, causando un resultado que no es el esperado o estas situaciones en las que uno acaba cometiendo algún fallo (P8).

El proceso medicamentoso fue lo más evidente. Los errores de medicación fueron confirmados por los profesionales como aquellos generadores de elevada preocupación, de la misma manera que destacaron las acompañantes/cuidadoras. El uso indiscriminado de antimicrobianos, la realización de procedimientos invasivos, el manoseo de materiales médico-hospitalarios, las caídas al solo, las características del crecimiento y del desarrollo infantil, las restricciones en el control de infección hospitalaria, la cantidad insuficiente de profesionales y el recargo de trabajo, el proceso de comunicación profesional-acompañante-niño equivocado y deficitario y la exigua estructura disponible para la presencia de la acompañante fueron concebidos como eventos adversos en el óptico de los profesionales de la salud. Los errores en el proceso medicamento fueron los

más comentados, conforme la declaración a continuación:

[...] Tanto con una dosis equivocada, de una vía de administración equivocada, la velocidad de una medicación, por ejemplo, una administración de medicación rápida puede dar una depresión respiratoria, los cambios de medicamentos entre pacientes que son muy parecidos [...] (P23).

Aún en la quinta categoría, la subcategoría *acciones de los profesionales de la salud frente al evento adverso* apunta los encaminamientos que son hechos en caso de eventos adversos. La comunicación del error para el equipo de salud fue la principal conducta expuesta. La cultura punitiva viene siendo abolida y sustituida por el diálogo y por la orientación del profesional, demostrando que la noción de fallo individual predomina ante la concepción procesal y sistémica. La interrupción del evento adverso y la intervención inmediata son conductas practicadas por los profesionales para minimizar los perjuicios de los fallos cometidos. La notificación y el registro de los errores conjuntamente con el análisis colectivo de su ocurrencia podrían ser estimulados para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente. La elocución abajo ejemplariza la conducta adoptadas por la mayoría de los profesionales investigados:

Yo, gracias a Dios, nunca tuve ningún error. Pero yo tuve una colega que era bien próxima y creo que es la peor cosa que tiene. Me coloqué en el lugar de ella... Pero creo que ella hizo el correcto, que fue haber percibido lo que ella hizo. No tuvo miedo, comunicó a la enfermera, comunicó el médico y dio para arreglar una conducta rápida y revertir. [...] uno tiene que dar apoyo, decir que hizo el correcto [...] (P5).

La penúltima categoría - *cuidado seguro: estrategias utilizadas por los profesionales de la salud* - presenta las tácticas empleadas por los profesionales para un cuidado seguro. Se destaca que la revisión y la conferencia pueden ser aplicadas a cualquier conducta del profesional. La concentración y la cautela, sumadas a las anteriores, potencian una asistencia segura. Un participante sintetiza bien esas estrategias:

¿Generalmente uno precave, eh? Cuando tengo de prescribir un algo siempre recalculo varias veces para ver si no tiene error. En la hora de dar, calculo de nuevo y siempre reviso el medicamento para ver la dosis [...] por eso tiene que revisar para ver si es el paciente cierto mismo, conferir el prontuario (P19).

La séptima y última categoría, *por una cultura de la seguridad del paciente: propuestas educativas*, fue la más compleja y difícil, por tratarse de las transformaciones y de los desafíos para las organizaciones que objetivan la seguridad del paciente. El reconocimiento y la identificación de los errores fueron considerados los primeros pasos para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, además de la posibilidad de tener el error como una fuente de enseñanzas. Es esencial cambiar la noción de que el

fallo es individual, ampliando el enfoque de la equipe/colectividad como corresponsable por el evento adverso. La transposición del modelo biomédico para la integralidad de la atención es vista como alternativa para el crecimiento de una cultura de seguridad. La concepción de equipo y trabajo colectivo fue una característica identificada para el desarrollo de una cultura de seguridad:

Creo que es una cuestión de todo el equipo estar unido y, en una situación, todo el equipo debe evaluar y llegar a un contexto, en una conclusión. Siempre puedes mejorar, yo creo. Pero depende del equipo entero, porque es una unidad donde varias personas trabajan y son responsables de toda la seguridad de la unidad, del paciente (P7).

Hubo una subcategoría, *educación para la seguridad del paciente*, que problematizó las estrategias y las posibilidades para discutirse la temática en la formación y en la capacitación de los profesionales. La educación permanente en salud fue apuntada como propuesta pedagógico-metodológica para (re) orientar los trabajadores en la salud. Las ruedas de conversa fueron mencionadas como estrategias que podrían problematizar el tema seguridad del paciente:

Es una temática noticia, como hablaste, es una preocupación constante. Como es el momento de uno conversar sobre este asunto, hemos hecho en el hospital rodadas de charlas sobre algún asunto, oír lo que cada un tendría de sugerencia. Una cosa educativa sería promover exposiciones, mostrar la importancia de la seguridad del niño. [...] conversando en grupos, cambiando experiencias [...] (P2R2).

La temática de la seguridad del paciente en los currículos de las profesiones de la salud podría ser discutida como un tema transversal en la atención a la salud. Los programas de adveración y calidad pueden colaborar en la institución de una cultura de seguridad del paciente desde la implementación de directrices y protocolos necesarios a ese proceso. La producción del conocimiento y el consumo de investigaciones sobre la seguridad del paciente subvencionarán la socialización y la expansión del asunto en todos los contextos de la sociedad contemporánea.

Discusión

Varios estudios han presentado la incidencia de eventos adversos en las prácticas del cuidado en salud en el ámbito internacional^(1,9-11). Las especificidades de los estudios dificultan muchas comparaciones o replicaciones en diversos contextos, pero todos presentan conclusiones análogas relacionadas a la prevención de los eventos adversos⁽⁹⁾.

Para la calidad de la atención en salud al niño hospitalizado, es imperativo que los profesionales envueltos reflejen sobre su praxis, reorganizando su

proceso de trabajo, tanto en cuestiones individuales cuanto colectivas. La evolución de la asistencia al niño ha posibilitado avances, como la inclusión de la familia, la concepción del ser social niño, el desarrollo de los servicios de salud y de las ciencias sociales, la problematización del crecimiento y desarrollo infantil, entre otros. La consideración, el vínculo, la solución, el trabajo en equipo y la política de humanización de la asistencia son elementos caracterizadores de la integralidad de la atención en salud, a cual debe ser el presupuesto orientador de las acciones que garanticen la protección del niño hospitalizado⁽¹²⁻¹³⁾.

En Brasil, los estudios envolviendo los errores de medicación son los de mayor destaque en la enfermería, que está asumiendo el papel de precursora en las discusiones sobre la seguridad del paciente. Sin embargo, los estudios sobre los eventos adversos envolviendo medicación abordan varias etapas de ese proceso e incluyen en los resultados otros actores envueltos, como el boticario, el médico, el técnico de farmacia, entre otros⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. La complejidad que envuelve el proceso de la medicación, desde la prescripción hasta la administración, necesita ser revisto por los profesionales de la salud, pues es una actividad exclusiva de éstos, la cual exige precisión, responsabilidad y conocimiento científico para que no ocurran eventos adversos.

Una investigación casi-experimental, realizada en tres unidades pediátricas de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo, propuso un algoritmo que sugiere la estrategia de los siete aciertos como metodología para prevención de errores: además de la confirmación de los cinco aciertos (Paciente, Lecho, Fármaco, Hora, Vía), la inclusión de la Orientación Cierta y de la Documentación Cierta. Ese estudio demostró una disminución en la incidencia de errores de medicación, sin embargo tuvo una baja adhesión del equipo de enfermería a la propuesta educativa⁽¹⁶⁾.

La comunicación entre profesional de la salud-paciente-familia viene presentando diversas lagunas a lo largo de los años. Entre ellas, están la dificultad de dialogar con los acompañantes, el uso excesivo de terminología técnica, la carencia de registros en el prontuario del paciente, las actitudes y posturas del profesional cuando cuestionado por el familiar y las informaciones incompletas e imprecisas o hasta mismo ocultadas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Varias investigaciones han discutido sobre el papel de la madre/cuidadora que acompaña el hijo internado y los resultados coinciden con ese estudio en el que la acompañante del niño hospitalizado recibe atribuciones impuestas por el equipo de enfermería, que muchas veces delega diversas actividades de su capacidad para el familiar que está acompañando el niño en aquel momento⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Se recuerda que algunas atenciones básicas relacionadas

a higiene/confort y alimentación pueden ser compartidas, desde que haya un acompañamiento, preparación y negociación cotidiana con la acompañante para tal actividad.

Las instituciones de salud deben adoptar procesos y directrices para fomentar el trabajo interdisciplinar y de colaboración⁽²¹⁾, lo que puede ser un determinante para el desarrollo de una cultura de seguridad. El trabajo desarrollado de manera interdisciplinar es una recomendación para avanzar en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención a la salud.

La reducción de la alta superioridad de eventos adversos ocasionados desde el proceso medicamentoso, la extensión de los perjuicios y la existencia de soluciones viables podrían determinar una reducción de daños. Eso es un objetivo importante y urgente para la Organización Mundial de la Salud. Las estrategias locales, que parten de cada institución, son estimuladas y deben ser diseminadas para reducir las tasas de eventos adversos relacionadas a la medicación⁽²²⁾. La inserción de innovaciones tecnológicas, como bombas de infusión inteligente, dosis unitarias, lectores de código de barras, entre otras, colabora para la reducción de errores de medicación⁽²³⁾.

La comunicación del error es un deber ético de las profesiones que envuelven el ser humano. Asumir el error con responsabilidad supone condiciones éticas en las relaciones entre las personas enrolladas, pues el reconocimiento y la comunicación del fallo representan la autonomía del profesional para actuar de manera responsable y prudente. Sin embargo, cuando el error es omitido, se testifica que la cultura punitiva aun es vigente⁽²⁴⁾.

El duplo-chequeo fue el 13º paso incluido en un algoritmo para la prevención de errores de medicación en pediatría. Adicionalmente, durante el pasaje de plantón, el enfermero/equipo confiere la documentación y los registros correctos del procedimiento realizado⁽¹⁶⁾. Esa estrategia puede ser adoptada para otras circunstancias de cuidado, principalmente en la realización de procedimientos e intervenciones invasivas al niño.

El abordaje sistémico del error es la más utilizada en las instituciones que trabajan bajo el prisma de la seguridad del paciente, de manera que el enfoque del profesional de la salud haga parte de un sistema/proceso ampliado. Esa visión procesal del evento adverso considera el equipo, la institución y los usuarios/familiares corresponsables para rediseñar un sistema de gerenciamiento de riesgos^(1,5,22).

La política de la educación permanente coloca en roda/red diferentes actores, destinando a todos un espacio de protagonismo en la conducción de las acciones locales de salud/formación. Un estudio realizado en el interior de São Paulo, comprobó que la rueda de conversa proporciona a los participantes la posibilidad del encuentro, en el cual es posible verbalizar los problemas

y nuestras críticas referentes a los procesos de trabajo, posibilitando encontrar soluciones y encaminamientos de manera colectiva⁽²⁵⁾.

La estrategia de la rueda de conversa puede ser un medio de estimular los profesionales de la salud a conversar sobre los errores que emanan de su actuación profesional, pudiendo ser el primer paso para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

Conclusión

Por tanto, la tesis en la que esta averiguación si ampara que las circunstancias de cuidado predisponen el niño hospitalizado a eventos adversos en los escenarios de atención a la salud, lo que interfiere en la seguridad del paciente - es real, verdadera, a compleja y necesita más estudios e investigaciones.

La contextualización y la problematización de la tesis posibilitaron concluir que las circunstancias de cuidado resultan de procesos de atenciones no seguros, provenientes de fallos en la planificación, en la colaboración, en la ejecución, en la evaluación y en el monitoreo de las intervenciones que sobrepasan los límites de los profesionales envueltos en la atención a la salud del niño y también del cuidado de la familia. Va más allá, debe ser una política que envuelva el sistema de salud, los gestores y los administradores, en las esferas pública y privada, que deseen implantar una cultura de aprendizaje para la seguridad del paciente.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (SZ): World Health Organization; 2008.
2. World Health Organization (WHO). A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2009.
3. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.
4. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Safety and protection for hospitalized children: literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(3):410-6.
5. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:42-7.
6. Wegner W. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na

- hospitalização infantil [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 156 p.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
 8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
 9. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha J. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(4):393-406.
 10. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SH, Silva AE, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):524-32.
 11. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. Pediatrics. 2005;115(1):155-60.
 12. Moreira MCN, Macedo AD. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociedade. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(2):645-52.
 13. Thomazine AM, Passos RS, Bay OG Júnior, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. Cienc Cuid Saúde. 2008;7(1):145-52.
 14. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Bras Enferm. 2005;58(1):95-9.
 15. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SH, Silva AE, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):524-32.
 16. Yamanaka TI, Pereira DG, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):190-6.
 17. Quirino DDE, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. Rev Gaucha Enferm. 2010;31(2):300-6.
 18. Araujo YB, Collet N, Moura FM, Nóbrega RD. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. Texto Contexto Enferm. 2009;18(3):498-505.
 19. Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. Rev Gaucha Enferm. 2010;31(2):335-42.
 20. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):84-90.
 21. Smith JR, Cole FS. Patient safety: effective interdisciplinary teamwork through simulation and debriefing in the neonatal ICU. Crit Care Nurs Clin N Am. 2009;21:163-79.
 22. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Patient safety workshop: learning from error. Geneva (SZ): World Health Organization; 2010.
 23. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Rev Eletr Enferm. 2009;11(2):413-7.
 24. Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(3):27-33.
 25. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde Soc. 2009;18(1):48-51.

Recibido: 13.5.2011

Aceptado: 3.4.2012

Como citar este artículo:

Wegner W, Pedro ENR. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun. 2012 [acceso: ____/____/____];20(3): [8 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día / mes abreviado con punto / año