



REVISIONES

Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora

Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa
Adverse events related to assistance practices: an integrative review

Mirela Lopes de Figueiredo¹
Maria D'Innocenzo²

¹Enfermera. Máster en Ciencias. Doctoranda en Ciencias por la Escuela Paulista de Enfermería de la Universidad Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP). Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Brasil.

²Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora de la Escuela Paulista de Enfermería de la Universidad Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP). Brasil.

E-mail: mirelalfigueiredo@yahoo.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>

Recibido: 11/04/2016

Aceptado: 08/08/2016

RESUMEN:

Objetivo: Identificar las publicaciones científicas sobre eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales y discutir la cultura de seguridad del paciente.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica del tipo integrador, con búsqueda en MEDLINE, LILACS y BDNF disponibles en la BVS, utilizando los siguientes descriptores; seguridad del paciente, asistencia al paciente, vigilancia de eventos centinela, gestión de la seguridad. Cumplieron los criterios de inclusión 26 artículos científicos publicados en el período delimitado para esta revisión de 2005 a 2015.

Resultados: El análisis de los artículos reveló cinco categorías principales: características de los eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales, implicaciones de la ocurrencia de eventos adversos, medidas para la prevención de eventos adversos, notificaciones de los eventos adversos y los factores intervinientes y el conocimiento y la cultura de la seguridad.

Conclusión: La cultura punitiva aparece como responsable de la subnotificación y omisión de los eventos adversos, que constituyen un obstáculo para la aplicación efectiva de las investigaciones. Es esencial estimular una cultura de seguridad para establecer estrategias que aseguren la prestación de cuidados libres de daños.

Descriptores: Atención al Paciente; Seguridad del Paciente; Gestión de la Seguridad; Vigilancia de evento centinela; Calidad de la Atención de Salud.

RESUMO:

Objetivo: Identificar as publicações científicas sobre eventos adversos relacionados às práticas assistências e discutir a cultura de segurança do paciente.

Métodos: Foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa, com busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF disponíveis na BVS, utilizando-se os descritores segurança do paciente,

assistência ao paciente, vigilância de evento sentinela, gestão da segurança. Atenderam aos critérios de inclusão 26 artigos científicos publicados no período delimitado para esta revisão, 2005 a 2015.

Resultados: A análise dos artigos revelou cinco categorias importantes: características dos eventos adversos relacionados às práticas assistências, implicações da ocorrência de eventos adversos, medidas de prevenção de eventos adversos, notificações de eventos adversos e os fatores intervenientes e o conhecimento e a cultura de segurança.

Conclusão: A cultura punitiva aparece como responsável pela subnotificação e omissão dos eventos adversos, constituindo-se uma barreira para realização de investigações eficazes. É imperativo estimular a cultura de segurança para que se estabeleçam estratégias que garantam a prestação de cuidados livres de danos.

Descritores: Assistência ao paciente; Segurança do paciente; Gestão da segurança; Vigilância de evento sentinela; Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT:

Objective: To identify the scientific publications about adverse events related to practical assistance and discuss the culture of patient safety.

Methods: An integrative literature review was done through research in MEDLINE, LILACS and BDNF available in BVS, using the following descriptors: patient safety, patient assistance, surveillance of sentinel event, safety management. 26 scientific articles published in the period defined for this review, 2005 to 2015 met the inclusion criteria.

Results: The analysis of the articles revealed five major categories: characteristics of adverse events related to practical assistance, adverse events occurrence implications, measures for the prevention of adverse events, notifications of adverse events and the intervenient factors and the knowledge and the culture of safety.

Conclusion: The punitive culture comes as responsible for underreporting and omission of adverse events, being constituted a barrier to effective implementation of investigations. It is essential to foster a safety culture to establish strategies that ensure the care provision free of damage.

Descriptors: Patient Care; Patient Safety; Safety Management; Sentinel Surveillance; Quality of Health Care.

INTRODUCCIÓN

La temática relacionada con la seguridad del paciente ganó repercusión mundial a partir de la publicación del informe del *Institute of Medicine (IOM)*, *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, a finales de la década de los 90, que llevó a la organización Mundial de la Salud a crear un grupo de trabajo para evaluar la seguridad del paciente en los servicios de salud. La alta incidencia de eventos adversos demostrada a través de estudios epidemiológicos, frecuentemente ocasionados por error humano, llevaron a pensar nuevamente sobre los modelos asistenciales utilizados hasta entonces⁽¹⁾. La notoriedad del tema originó campañas, programas y proyectos para orientar acciones para mejores prácticas, disminuir daños causados por prácticas no seguras y estimular la creación de mecanismos de notificación de errores y daños⁽²⁾. En este contexto, se creó en 2004, el programa Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). Integran el proyecto Canadá y Estados Unidos, y en América Latina los países de Mercosur, que vienen articulándose para la firma del compromiso que tiene por abordaje fundamental la prevención de daños a los pacientes y el elemento central es la acción llamada "Desafío Global", que lanza periódicamente un tema prioritario a ser abordado y un reporte del progreso^(1,3).

La discusión del tema en Brasil comenzó en 2002, con la creación de la Red Brasileña de Hospitales Centinela por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), que posee participación voluntaria y tiene como finalidad notificar eventos adversos y quejas técnicas referentes a la tecnovigilancia, farmacovigilancia y hemovigilancia⁽⁴⁾. El

Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), lanzado en 2013, con base en la experiencia de la Red, fue instituido a través de la Orden nº 529/13, del Ministerio de Salud y de la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) 36/2013, que instituye acciones para la seguridad del paciente en los servicios de salud. Ambos dispositivos suscitaron la creación del Núcleo de Seguridad del Paciente (NSP) en los servicios de salud a través de la ejecución del Plan de Seguridad del Paciente en Servicios de Salud (PSP)⁽⁴⁻⁵⁾.

La seguridad del paciente es definida como la reducción a un mínimo aceptable del riesgo de daño innecesario asociado a la atención a la salud. Mínimo aceptable se refiere al conocimiento corriente, hallazgos disponibles y al contexto en el cual el cuidado es dispensado. Se considera evento adverso el incidente que resulta en daño a la salud. A su vez, daño es el compromiso de la estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto de él derivado, incluyendo enfermedades, lesión, sufrimiento, muerte, incapacidad o disfunción, pudiendo así, ser físico, social o psicológico⁽⁵⁻⁷⁾.

La falta de comprensión sobre el error puede acarrear para el profesional involucrado, sentimientos de vergüenza, culpa y miedo, dada la fuerte cultura punitiva aún existente en algunas instituciones, contribuyendo a ocultar tales acontecimientos⁽⁸⁻¹¹⁾. Es necesaria la comprensión por parte de los gestores de las instituciones de salud, de que los eventos adversos están, muchas veces, directamente relacionados con las fallas en el sistema, y no solamente a la negligencia o incompetencia profesional. Por eso, es imperativo identificar las fragilidades existentes en el proceso y adoptar medidas preventivas, más que buscar culpables⁽⁹⁻¹²⁾. La seguridad del paciente es un tema actual dado a la discusión mundial del asunto, que ha sido abordado por los medios frecuentemente. En ese sentido, este estudio tuvo por objetivo identificar las publicaciones científicas sobre eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales y discutir la cultura de seguridad del paciente.

MÉTODO

Se trata de una revisión integrativa de la literatura, que es un método que sintetiza resultados de investigaciones anteriores de manera sistemática y ordenada, facilita la construcción de análisis amplio, y así, contribuye a la profundización del conocimiento del tema en cuestión⁽¹³⁾.

Para la búsqueda en la literatura, fueron delimitados los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): seguridad del paciente, asistencia al paciente, vigilancia de evento centinela, gestión de la seguridad. Fueron aplicadas combinaciones entre tales descriptores: seguridad del paciente *and* asistencia al paciente; vigilancia de evento centinela *and* asistencia al paciente; gestión de la seguridad *and* asistencia al paciente. Es válido aclarar que el término “evento adverso” no es considerado un descriptor por el DeCS, así, aunque se refiera a la temática nuclear de este trabajo, no puede ser usado como descriptor en la etapa de búsqueda. La investigación y captura de los artículos se dio en las bases de datos *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (MEDLINE), Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Banco de Datos en Enfermería (BDENF) disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

Para la selección de la muestra en la literatura y colecta de los datos, fueron se incluyeron artículos científicos, de abordaje metodológico diverso, publicados en los últimos 10 años, disponibles en el formato texto completos y con acceso libre a los

investigadores, y que guardaran relación con la temática en estudio. Artículos publicados en idiomas portugués, inglés y español también fueron incluidos. La selección de los artículos incluyó evaluación inicial por medio de los títulos y resúmenes, cuando incluidos en los citados requisitos, la lectura y análisis eran realizadas en su totalidad. Se excluyeron los artículos donde solamente estaban disponibles los resúmenes, publicaciones que no se relacionaban a la temática del estudio y que presentaran duplicidad.

Se encontró un total de 4706 resultados, y de estos fueron seleccionados 26 artículos. Vale aclarar que el importante número de material excluido (4680) se debe al hecho de que muchos no se encuadraron en los criterios de inclusión establecidos, una destacada cantidad estaba formada por libros, disertación, tesis y monografías, que estaban en otras bases de datos que no eran las seleccionadas. Muchos artículos no estaban disponibles para acceso libre y se repetían entre las bases de datos. Se procuró también, mantener el rigor al incluirse trabajos sobre el asunto de este estudio.

Todas las publicaciones incluidas fueron leídas en totalidad y analizadas para el llenado de una planilla que reúne y sintetiza informaciones sobre la identificación del artículo y autores; año de publicación; objetivos del estudio; características metodológicas; resultados y conclusiones. La presentación de los resultados y análisis de los datos obtenidos fue hecho de forma descriptiva.

RESULTADOS

Los artículos seleccionados en este estudio ⁽¹⁴⁻³⁹⁾ están descritos en el Cuadro 1, que los presenta según título, periódico y año de publicación, autor, delineamiento metodológico, muestra, nivel de evidencia de las publicaciones, objetivos y principales resultados. De los 26 artículos, en cuanto a las bases de datos se identificó que 19 (73,1%) artículos fueron capturados en LILACS, 4 (15,4%) en MEDLINE y 3 (11,5%) en BDNF.

En cuanto al año de publicación, la mayoría de los artículos, 27%, fue realizada en el año de 2013, seguidos por 2014, 19%, y los años de 2009, 2010 y 2011 presentaron 11,6% de las publicaciones cada uno. La mayoría de las publicaciones fue desarrollada por enfermeros, 22 (85%). En relación al diseño metodológico de los artículos, se identificó predominio de estudios cuantitativos, correspondiendo a un total de 17 investigaciones (65,3%). Se verificó que en la clasificación del nivel de evidencia, 3 (11,5%) estudios eran de los niveles cuatro ^(15,20,30) y cinco ^(14,29,36), 18 (69%) eran del nivel seis ^(16-19,21-23,25-28,31-35,37-38) y 2 (8%) pertenecían al nivel siete ^(24,39).

El análisis de los artículos hizo posible identificar como principales aspectos de relevancia frente a los eventos adversos relacionados a las prácticas asistenciales, cuatro categorías: características e implicaciones de los eventos adversos relacionados a las prácticas asistenciales; medidas de prevención de eventos adversos; notificaciones de eventos adversos y los factores intervinientes; conocimiento y cultura de seguridad.

Cuadro 1 - Descripción de los artículos publicados entre 2005 y 2015 referentes a eventos adversos relacionados a las prácticas asistenciales.

Estudio: periódico/autores/año	Delineamiento del estudio y nivel de evidencia	Descripción de las intervenciones hechas en el estudio	Desenlace
Rev Bras Enferm. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT 2015	Revisión integradora de la literatura N= 21 publicaciones Nivel V	Descripción de las publicaciones científicas sobre eventos adversos ocurridos en la asistencia de enfermería, tipos y causas.	Los errores más citados fueron los de medicación, no realización de curativos y caídas. Se resalta la cultura punitiva como principal causa de subnotificación.
Rev Bras Enferm. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud- Gallotti RM 2014	Estudio cuantitativo, prospectivo, tipo cohorte N = 399 pacientes Nivel IV	Detección de la influencia de la sobrecarga de trabajo de la Enfermería en la ocurrencia de incidentes y eventos.	La mayoría de los incidentes sin lesión y de eventos adversos en pacientes fueron relacionados a esfera de Enfermería. Las complicaciones fueron atribuidas a la sobrecarga de trabajo y resultaron en el aumento de la permanencia hospitalaria.
BMC Health Services Research Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M 2014	Estudio transversal. N del hospital del Municipio = 108 enfermeros /auxiliares y 129 médicos N del hospital Universitario = 114 enfermeros /auxiliar y 149 médicos Nivel VI	Descripción de la cultura de Seguridad del Paciente en hospitales antes y después de un proyecto de mejora de la calidad.	Hubo cambios en la cultura de seguridad del paciente, principalmente en relación al equipo y comunicación. La mayoría de las mejorías fueron vistas por médicos del hospital universitario.
Ciencia y Enfermería Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Sousa MRG, Moreira IA 2014	Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y documental. N = 556 eventos adversos Nivel VI	Descripción de los eventos adversos ocurridos durante la asistencia en la clínica Pediátrica de un hospital académico.	Los eventos relacionados al acceso vascular, seguidos de los relacionados a las sondas/catéteres/drenajes y tubos y de eventos provenientes de la administración de medicamentos fueron los más prevalentes.

Rev Latino-Am. Enferm Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM 2014	Estudio cualitativo, Fenomenológico N = 31 profesionales de enfermería Nivel VI	Comprensión En relación a la motivación de los profesionales de enfermería para la notificación de eventos adversos.	La notificación de los eventos es un instrumento de auxilio a la gestión de la asistencia. Existe un esfuerzo en desmitificar la cultura punitiva que inhibe notificaciones.
Global Journal of Health Science Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian S 2014	Estudio cuantitativo, descriptivo N = 300 funcionarios Nivel VI	Determinación de los factores asociados a no relatar errores médicos médico del equipo.	La falta de definición clara de errores, tipos de errores, importancia y gravedad de errores están entre los factores más importantes para no relatar los eventos adversos.
Rev Assoc Med Bras Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C 2013	Estudio de cohorte, retrospectivo N = 1.103 pacientes Nivel IV	Análisis de las características de los eventos adversos evitables en pacientes internados.	Infecciones asociadas a los cuidados de la salud, complicaciones quirúrgicas y/o anestésicas, daños decurrentes del atraso o falla en el diagnóstico y/o tratamiento, úlceras por presión y complicaciones en la punción venosa son los principales tipos de eventos evitables.
Acta Paul Enferm Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Camargo e Silva AEB, Azevedo Filho FM 2013	Estudio cuantitativo, transversal N = 750 internaciones Nivel VI	Prevalencia de incidentes sin daño y eventos adversos en una clínica quirúrgica.	Marcada necesidad de adaptación de los procesos de trabajo. 5.672 registros de incidentes, 218 caracterizados como evento adverso por causar daño al paciente.
Rev Gaúcha Enferm Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM 2013	Estudio cualitativo, de campo, descriptivo, analítico N = 30 cirugías Nivel VI	Verificación de la opinión de los equipos sobre la influencia de la aplicación del <i>checklist</i> en la seguridad del proceso quirúrgico y comunicación interpersonal.	Los sujetos no percibieron cambios en la comunicación interpersonal con el uso de <i>checklist</i> , sin embargo, indicaron que el uso proporcionó más seguridad al procedimiento. Adaptaciones fueron sugeridas.
Rev Rene Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC 2013	Estudio cualitativo, descriptivo N = 37 enfermeros Nivel VI	Análisis del proceso de comunicación de eventos adversos en el contexto hospitalario.	Prevalece la cultura punitiva en las situaciones que las mismas son generadas. Los enfermeros no fueron unánimes en la identificación de los documentos indicados para registro de los eventos.

Rev Latino-Am Enferma gem Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS 2013	Estudio do tipo metodológico. N= 5 especialistas Nivel VII	Construcción y validación de checklist de intervenciones pre-operatorias pediátricas.	La utilización del instrumento es capaz de colaborar para que etapas de preparación y promoción de cirugía segura sean realizadas.
Rev Min Enferm Lima RPM, Melleiro MM 2013	Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo N = 98 profesionales de salud Nivel VI	Análisis de la percepción del equipo multidisciplinar acerca de factores intervinientes en la ocurrencia de eventos adversos.	Los eventos más citados fueron los efectos patológicos esperados o no en prospecto para tratamiento medicamentoso, error de medicación y caída. Sugieren la reformulación de los procesos asistenciales y gerencias con foco en el riesgo.
Acta Paul Enferm Bohomol E, Tartali JA 2013	Estudio cuantitativo, descriptivo N = 31 profesionales de enfermería Nivel VI	Análisis del conocimiento del equipo de enfermería sobre eventos adversos en pacientes quirúrgicos, sus causas y responsables.	La seguridad del paciente no es compartida por el equipo multiprofesional. La enfermería presenta visión fragmentada sobre el tema.
Rev Saúde Pública Dias MAE, Martins M, Navarro N 2012	Estudio cuantitativo, retrospectivo N = 6.179.869 internaciones de adultos Nivel VI	Descripción de la frecuencia de rastreadores de potenciales resultados adversos en ingresos en el Sistema Único de Salud.	El rastreador de resultado adverso más frecuente fue neumonía hospitalaria. Choque/parada cardíaca presentó mayor riesgo de óbito. Los mayores gastos con ingresos estuvieron relacionados a la sepsis hospitalaria.
Rev Enferm UFSM Fassini P, Hahn GV 2012	Estudio cualitativo, descriptivo N = 14 profesionales de enfermería Nivel VI	Concepción del equipo de enfermería sobre riesgos a la seguridad del paciente internado.	La carga de trabajo excesiva y el dimensionamiento de personal insuficiente fueron mencionados como principales generadores de riesgos a la seguridad del paciente.
Rev Enferm Ramírez OJG, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM 2011	Estudio de revisión de la literatura N = 12 artículos Nivel V	Percepción del conocimiento y aplicación de los conceptos relacionados a la seguridad del paciente por los trabajadores de salud.	Los profesionales reconocen la importancia de la cultura de seguridad para el cuidado en salud. Destacan la sobrecarga de trabajo y la cultura punitiva como factores de riesgo para ocurrencia de fallas, atribuyendo a la gerencia y dirección hospitalaria tales deficiencias.

Hacia la Promoción de la Salud Ospina AMO, Velásquez MAV, Rivas DC 2011	Estudio cuantitativo, descriptivo de cohorte transversal, retrospectivo N= 49 eventos Nivel IV	Caracterización de los eventos adversos presentados en una E.S.E de primer nivel en Caldas entre 2007 y 2009.	Los eventos son más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, seguido por el servicio de urgencia. Resaltan como deficiencia la posibilidad de subnotificación de eventos.
Rev Bras Epidemiol. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C 2011	Estudio cuantitativo, retrospectivo N= 1.103 prontuarios Nivel VI	Evaluación de la calidad de los registros e incidencia de eventos adversos en hospitales académicos.	La calidad de los registros fue considerada mala. Pacientes con EA presentaron mejor calidad de los registros que aquellos sin EA.
Rev Bras Epidemiol. Roque KE, Melo ECP 2010	Estudio cuantitativo, retrospectivo N=112 pacientes Nivel VI	Adaptación de instrumento de rastreo de eventos adversos a medicamentos y análisis de la incidencia de estos en un hospital.	Los criterios de rastreo de eventos adversos a medicamentos posibilitan la monitorización de los eventos a lo largo del tiempo, permitiendo evaluar si las estrategias resultaron en mejoría en la calidad de la asistencia.
Cuidarte Enferm Françolin L, Gabriel CS, Melo MRAC, Correa JS 2010	Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal N= 661 eventos adversos Nivel VI	Análisis de eventos adversos ocurridos en el cotidiano de la asistencia de enfermería y notificados espontáneamente.	Las notificaciones son una importante herramienta para detección de errores y fragilidades en la asistencia. Predominaron los eventos relacionados a errores de medicación, principalmente atrasos en la administración.
Rev Latino-Am Enferm Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB 2010	Estudio, cuantitativo, descriptivo, multicéntrico N= 215 errores de dosis Nivel VI	Análisis de la redacción de la prescripción médica en los errores de dosis, e identificación de las clases farmacológicas envueltas en esos errores.	Revelan que muchos pacientes no reciben las dosis apropiadas para su tratamiento, comprometiendo la calidad del cuidado prestado, además de prolongar el tiempo de hospitalización.
Rev Enferm UERJ Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. 2009	Estudio retrospectivo, cuantitativo N= 100 notificaciones Nivel VI	Análisis de las notificaciones ocurridas en un hospital.	Profesionales del equipo de enfermería fueron los más involucrados con las notificaciones. Las notificaciones se relacionaban a medicamentos, hemoderivados y quejas técnicas materiales y medicamentos.

Online Brazilian Journal of Nursing Balbino CM, Caraméz LFC, Barbosa MS, Cavalcanti PCS, Silvino ZR, Teixeira ER, Simões SMF, Cruz I CF. 2009	Estudio de Revisión de la literatura N= 25 artículos Nivel V	Identificación de los principales errores de medicación registrados en la literatura y medidas para evitarlos.	La subnotificación por miedo de la punición y represalia, ambiente de trabajo inseguro y falla en la comunicación fueron los errores relacionados. La educación continua fue sugerida como una de las medidas preventivas.
Rev Bras Ter Intensiva Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL 2009	Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional N= 550 eventos adversos Nivel VI	Identificación de los eventos adversos en la asistencia de enfermería en unidad de terapia intensiva.	Eventos adversos son indicadores que evidencian la calidad de la asistencia prestada y deben ser utilizados para subsidiar acciones de educación permanente.
Rev Latino Am Enferm Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG 2008	Estudio cuantitativo, retrospectivo N= 229 eventos Nivel VI	Descripción de las características de eventos adversos de las Unidades de Terapia Intensiva, Semi-Intensiva y Unidades de Internación con identificación de las intervenciones inmediatas.	Predominaron eventos relacionados a la sonda nasogástrica, seguidos por caída y administración de medicamentos. Las intervenciones inmediatas fueron reinserción de la sonda y comunicación de la ocurrencia al médico en el caso de errores de medicación.
Rev Bras Enferm Bohomol E, Ramos LH 2007	Survey descriptivo exploratorio N= 89 profesionales Nivel VII	Conocimiento del equipo de enfermería sobre error de medicación y opinión referente a la notificación de este tipo de evento.	Revelaron ausencia de uniformidad en la comprensión de lo que es un error de medicación y cuándo debe ser notificado al médico o llenado el informe de ocurrencias.

DISCUSIÓN

Características e implicaciones de los eventos adversos relacionados a las prácticas asistenciales

En la presente revisión, se puede identificar que los eventos relacionados a las prácticas asistenciales son de varios tipos y que estudios realizados en diferentes regiones del país tienen como foco el estudio de la frecuencia de ocurrencia y caracterización de los mismos.

Investigación que analizó libros de registros de enfermería de unidad pediátrica, identificó que los eventos relacionados al acceso vascular fueron los más prevalentes

con un cuantitativo de 227 (40,8%), seguidos por los eventos relacionados a sondas, catéteres, drenajes y tubos 151 (27,2%), y eventos relacionados a medicamentos con 86 (15,5%). La retirada no programada es el tipo más frecuente de eventos relacionados a sondas, catéteres, drenajes y tubos⁽¹⁷⁾. De modo semejante, estudio apuntó 57,6% de EA relacionados a sondas, sean ellas gástricas y/o entéricas, seguidos por eventos relacionados a caídas, 16,5%, y a medicación, 14,8%⁽³⁸⁾.

Investigación ya realizada en hospital general del interior de San Pablo reveló predominancia de los eventos relacionados a errores de medicación (59%), siendo el segundo evento más notificado la ocurrencia de úlcera por presión, con 15%. Los demás relatados quedaron debajo de 6%: lesión de piel, extubación accidental, flebitis, pérdida de catéteres, sondas y drenajes. En cuanto a los tipos de errores de medicación, se verificó predominio de errores relacionados a atrasos, 48,8%, y errores en la dispensación, 16,5%, destacándose aún, la no administración de los medicamentos según la prescripción médica, 8,7%⁽³³⁾. Corroboran con esos hallazgos, investigación que identificó la mayoría de los EAs relacionados a la administración de medicamentos, señalando que predominó, en este tipo de evento, la falta de registro correcto como chequeo en prescripción médica y anotación del balance hídrico⁽³⁷⁾.

Investigación multicéntrica realizada en hospitales universitarios brasileños pertenecientes a la red Centinela de la ANVISA reveló que muchos pacientes no reciben las dosis apropiadas para su tratamiento lo que compromete la calidad de cuidado prestado, además de prolongar el tiempo de hospitalización. Además, las dosis inadecuadas pueden causar efectos indeseables y hasta la muerte del individuo. En lo que respecta a las clases farmacológicas más envueltas en los errores de medicación, la mayoría fue compuesta por los broncodilatadores, seguidas por los analgésicos, anti-hipertensivos e antimicrobianos⁽³⁴⁾.

Al investigar el conocimiento del equipo de enfermería sobre errores de medicación, se detectó que sus integrantes conocen y reconocen los errores de medicación. Sin embargo, cuando existe una omisión en la administración de una medicación, la mayoría (79,0%) no caracteriza la ocurrencia como un error. La omisión es un error de medicación definida como la no administración de una dosis prescrita para el paciente⁽²⁵⁾. Este tipo de error es una cuestión multiprofesional y las circunstancias que lo envuelven son multifactoriales, no limitándose apenas a una categoría profesional⁽³⁹⁾. En relación al local, en estudio de revisión, los eventos ocurrieron predominantemente en la enfermería (37 pacientes, 56,9%) y en el centro quirúrgico (20 pacientes, 30,8%)⁽³⁰⁾. Otro estudio apunta que en las unidades de cuidados intensivos concentran la mayor frecuencia de eventos adversos a medicamentos (43,7%), seguidas de enfermería (25%) y quirófano (25%)⁽³²⁾. Investigación que acompañó 399 pacientes ingresados en Unidades de Terapia Intensiva de dos hospitales de San Pablo identificaron un total de 15.054 EAs e incidentes sin lesión, 98,75% de los ingresos analizados. Los incidentes sin lesión (12.737, 84,6%) acometieron 391 admisiones y los EAs (2.317, 15,4%) alcanzaron 296 admisiones. De ese modo, 74,2% de las admisiones sufrieron al menos un EA durante la permanencia en la UTIs evaluadas⁽¹⁵⁾, similarmente a otra pesquisa sobre el asunto⁽²¹⁾.

Algunos factores pueden contribuir para ocurrencia de eventos adversos. Investigación realizada en Rio de Janeiro reveló que los factores más frecuentes son la no adhesión a la norma, esto es, "no verificó o no siguió el protocolo o directriz clínica", 55,9% de los casos, tienen sus causas error técnico, 14,7%, y la habilidad del

profesional con 11,8% de los casos analizados⁽²⁰⁾. Estudio identificó como causa frecuente para la ocurrencia de eventos adversos quirúrgicos, la rutina de no programación de procedimientos electivos, seguida de la afirmativa de que el miembro del equipo de enfermería está sobrecargado, la aparición de ocurrencias en la unidad también fue señalado como causa y en cuarto lugar fue citada la falta de comunicación, sea en el transcurso de la guardia o entre los miembros del equipo multidisciplinar⁽²⁶⁾.

Los errores de medicación pueden tener sus causas en las dificultades de utilización del sistema informatizado⁽³³⁾. La presencia de siglas y abreviaturas de esos datos puede dificultar el entendimiento de las informaciones por el equipo de enfermería que es el responsable directo de la preparación y de la administración de las dosis. Además de eso, la ausencia de la posología en la prescripción medicamentosa puede favorecer la administración de dosis inferiores o superiores en relación al deseado para el tratamiento, resultando en el no alcance de la metas farmacoterapéuticas⁽³⁶⁾. Con todo, la literatura señala que varios estudios asocian los errores de medicación al dimensionamiento de personal y a la carga horaria de trabajo de los miembros del equipo de enfermería^(15,26,28-29). La sobrecarga de trabajo de profesionales de enfermería debe ser entendida como una consecuencia de varios factores y para ser solucionada, corresponde al gestor emprender estrategias en niveles diversos^(15,29). Tales gestores deben considerar todavía, conforme evidenciado en la literatura^(15,20-21,27) que ocurre prolongación del número de días de ingreso de los pacientes implicados en EAs, aumento del valor de reembolso, alta tasa de mortalidad, úlcera por presión, sepsis y neumonía, como consecuencias de EAs.

Medidas de prevención de eventos adversos

Varias estrategias han sido adoptadas para prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos como el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente, la adopción de programas de calidad, la implantación de *check lists* para cirugía segura, implantación de protocolos, capacitación del equipo, evaluación precoz del riesgo de caída y evaluación de los riesgos potenciales para desarrollo de úlcera por presión^(21,25,33). La identificación de los riesgos de la asistencia es realizada principalmente por el enfermero, en el momento del ingreso de los pacientes. Tal acción demuestra la gestión del cuidado por este profesional, así como la preocupación con los aspectos éticos y legales a que la institución tendrá que responder en caso de ocurrencia de daño al paciente⁽²⁸⁾.

El proceso de administración de medicamentos no puede ser dissociado de un trabajo en conjunto e interdisciplinar⁽³⁶⁾. La clave para la reducción de errores de medicación es simplificar los procesos reduciendo el número de etapas, estandarizando el sistema, desde la prescripción médica electrónica; sin abreviaciones; con horarios estandarizados; distribución de medicamentos de la farmacia siempre supervisada por el farmacéutico, preferencialmente en dosis unitaria, hasta los protocolos de la administración de medicamentos⁽³⁷⁾. De esa forma, la utilización de indicadores de resultados como los eventos adversos son herramientas fundamentales de calidad, ya que apuntan aspectos del cuidado que pueden ser mejorados, haciendo la asistencia a los pacientes libre de riesgos y fallas y por tanto, más segura^(23,38).

Notificaciones de eventos adversos y los factores intervinientes

La notificación de eventos adversos es un instrumento de auxilio a la gestión del cuidado a la salud, por ello, es importante en la identificación de problemas y en la búsqueda de alternativas para solucionar incidentes relacionados a la asistencia a la salud^(18,23,28-29,33,35). El sistema de notificación de EA permite a los profesionales de la asistencia, compartir responsabilidades con los administradores y estimular acciones correctivas, con el fin de evitar la repetición de los errores y prevención de futuros EA. Se reveló útil también para denunciar inadecuación de recursos humanos, así como otras fragilidades institucionales. La expectativa de respaldo administrativo y seguridad profesional son condiciones que fomentan a los profesionales a notificar las dificultades y angustias vividas en la práctica asistencial⁽¹⁸⁾. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, esa concepción, en realidad, debe ser reformulada, en el sentido de que la notificación de los hechos no deseados ocurra a partir de los profesionales en la línea del frente, médicos, enfermeros, técnicos o auxiliares de enfermería, más que exclusivamente de agentes superiormente jerarquizados⁽¹¹⁾.

Estudios analizados muestran al enfermero como el profesional que más realiza notificaciones de eventos adversos y también el responsable por esa acción^(18,35). Tal vez, presionados por los problemas del cotidiano, utilicen el sistema de notificación, para informar a sus superiores sobre la tensión de las relaciones durante la asistencia, resultantes en conflictos, y buscan auxilio para arbitraje de las situaciones⁽¹⁸⁾. Ya los técnicos y auxiliares de enfermería entienden que pueden notificar, aun así, revelan duda en cuanto a la autorización para hacerlo y no tiene claro cómo proceder al registro, prefiriendo relatar el hecho al enfermero para que él lo registre. De este modo, se hace necesario desmitificar la notificación centrada en el profesional enfermero, promoviendo oportunidades de orientación, esclarecimientos y estímulo a la amplia participación de todos los profesionales⁽¹⁸⁾.

Para contribuir a la identificación de las situaciones de riesgo y su gerenciamiento, el boletín de registro de los EA, como documento institucional, debe ser preferencialmente anónimo, confidencial y no ser utilizado como instrumento de acusación de profesionales^(18,35). La cultura punitiva perjudica la notificación de eventos y su existencia, puede ser evidenciada por los relatos de prácticas de reprensión y punición de los miembros del equipo, principalmente del equipo de enfermería. En ese contexto, las barreras comunicacionales implican en mayores ocurrencias adversas, en la medida en que el retorno de las informaciones sobre las consecuencias generadas por los eventos adversos y la propuesta de alternativas más eficaces para su manejo no ocurren, impidiendo su resolución^(19,23,29,37).

En ese contexto tan importante, tanto como notificar, es la calidad de los registros. Estudio detectó que aproximadamente 80% de los registros fueron clasificados como malos y regulares, y solamente 20% fue clasificado como de buena calidad⁽³⁰⁾. Sin embargo, solo con la monitorización y estímulo constante del equipo de salud para la realización de notificaciones es que los sectores de gerenciamiento de riesgo podrán analizar los resultados y crear medidas preventivas que puedan ser efectivas, disminuyendo así la posibilidad de nuevas ocurrencias^(35,39).

El conocimiento y la cultura de seguridad

El desarrollo de una cultura de seguridad, la práctica de los registros, la discusión de las circunstancias en que los incidentes ocurrieron, así como de las conductas

profesionales y organizacionales frente a los incidentes, son un camino a ser seguido para la transformación de la realidad en las instituciones de salud^(21,29,38). Una aproximación de los profesionales del equipo de salud a los contenidos y a la taxonomía de la seguridad del paciente es importante, para que un lenguaje universal sea utilizado y para que se comprendan los unos a los otros en el momento de proceder a la comunicación de los incidentes, errores y eventos adversos en el servicio^(21,23).

Las fragilidades en la cultura institucional de Seguridad del Paciente limitan la mejora continua de calidad de los cuidados de salud⁽³⁰⁾. Garantizar la tan deseada seguridad requiere acciones de diferentes naturalezas, que van desde la formación profesional hasta cambios de las prácticas de salud. La creación de una comisión de seguridad y el establecimiento de programas de entrenamiento fueron citados como maneras de calificar y uniformizar el atendimento prestado al paciente⁽²⁸⁾.

Investigación realizada en Rio Grande del Sur con profesionales del equipo de enfermería identificó que los enfermeros presentaron respuestas conceptuales sobre riesgo a que los pacientes están expuestos y los técnicos de enfermería trajeron ejemplos vividos en práctica profesional, como riesgo de caída, infección, errores de medicamentos y desarrollo de úlceras por presión. Los entrevistados admitieron que existen riesgos a la seguridad del paciente, inclusive citando las medidas tomadas para su control. Sin embargo, la existencia de protocolo de gerenciamiento de riesgos no tuvo consenso entre los que respondieron. Los profesionales que afirmaron que existen acciones de gerenciamiento, citaron la rutina de clasificación y notificación de riesgo. Esa acción consiste en una evaluación hecha por la enfermería en el momento del ingreso del paciente, identificando situaciones estandarizadas como riesgo de caída, de fuga, de alergia y para úlcera de presión⁽²⁸⁾. Ya otra investigación evidenció una visión fragmentada sobre la seguridad del paciente en ese ambiente, siendo vista como responsabilidad de una categoría profesional (o equipo médico o equipo de enfermería). Si por un lado, las afirmaciones señalan cierta incautación del equipo de enfermería, los escenarios por otro, revelan que la responsabilidad por la seguridad no es compartida igualmente por todos los equipos⁽²⁶⁾.

Se cree que la elucidación de esos conceptos debe ser una actividad realizada por los gerentes de riesgo o por los liderazgos del servicio en el área de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente⁽²³⁾. La incorporación de la cuestión de calidad del cuidado y de la seguridad de los pacientes en la agenda gubernamental y académica es fundamental, así como la capacitación y actualización de profesionales, en cuanto a la importancia del registro fidedigno y completo en los sistemas de información en salud⁽²⁷⁾.

CONCLUSIÓN

El estudio identificó que el fortalecimiento de la política de seguridad, la evaluación precoz de los riesgos y las notificaciones fueron citadas como las principales medidas de prevención de eventos adversos. Se evidenció que los artículos que compusieron la revisión fueron desarrollados, en su mayoría, por enfermero, pudiéndose inferir que este profesional está envuelto con la gestión del cuidado, así como con la seguridad del paciente. La cultura punitiva es responsable de la subnotificación y omisión de los eventos por parte de los profesionales de la salud, constituyendo una barrera para realización de investigaciones que pudieran generar medidas preventivas eficaces. Se considera imperativo estimular la cultura de seguridad junto a los profesionales que

componen el equipo multidisciplinar, lo que permitirá establecer estrategias de prevención que garanticen la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud.

REFERENCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington: National Academy Press; 2000. 536 p.
2. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*. 2002;288(4):501-7.
3. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 1 abr 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e da outras providências. Diário Oficial da União, 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.
7. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84.
8. Daud-Gallotti R, Novaes HMD, Lorenzi MC, Eluf Neto J, Okamura MN, Pizzo VRP. Adverse events in patients with community-acquired pneumonia at an academic tertiary emergency department. *Infect Dis Clin Pract*. 2006;14:350-9.
9. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, et al. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med*. 2005;33(8):1694-700.
10. Forster AJ, Kyremanteg K, Hooper J, Shojania KG, Van Walraven C. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:259.
11. World Health Organization (WHO). Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety? [place unknown]. [internet] WHO; 2012 [acceso 15 jul 2015]. Disponible em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/.
12. 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):324-30.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
14. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015 jan-fev;68(1):144-54.
15. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014 set-out;67(5):692-9.
16. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014;14(296):1-12.

17. Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Sousa MRG, Moreira IA. Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. *Ciencia Y Enfermeria*. 2014;20(2):53-63.
18. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):747-54.
19. Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian S. Investigating Factors Associated with not Reporting Medical Errors From the Medical Team'S Point of View in Jahrom, Iran. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(6):96-104.
20. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(5):421-8.
21. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Camargo e Silva AEB, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):256-62.
22. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):71-78.
23. Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*. 2013;14(6):1073-83.
24. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Safe pediatric surgery: development and validation of preoperative interventions checklist. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(5):1080-7.
25. Lima RPM, Melleiro MM. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. *Rev Min Enferm*. 2013;17(2):312-21.
26. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):376-81.
27. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Adverse outcome screening in hospitalizations of the Brazilian Unifi ed Health System. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):719-29.
28. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):290-9.
29. Ramírez OJG, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av Enferm*. 2011;29(2):363-374.
30. Ospina AMO, Velásquez MAV, Rivas DC. Caracterización de eventos adversos en una ESE de primer nivel en Caldas 2007 - 2009. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011;16(1):87-98.
31. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):651-61.
32. Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):607-19.
33. Françolin L, Gabriel CS, Melo MRAC, Correa JS. Eventos adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial de enfermagem. *Cuidarte Enfermagem*. 2010;4(2):74-9.
34. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB. Patient safety in drug therapy and the influence of the prescription in dose errors. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(6):1055-61.

35. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. Rev Enferm UERJ. 2009;17(4):467-72.
36. Balbino CM, Caraméz LFC, Barbosa MS, Cavalcanti PCS, Silvino ZR, Teixeira ER, et al. Erros de medicação e a segurança do paciente: revisão sistematizada da literatura. Online Braz J Nurs. [Internet]. 2009 [acesso 20 mar 2015];8(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2599/569>
37. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Nursing care adverse events at an intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(3):276-82.
38. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(4):746-51.
39. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev Bras Enferm. 2007;60(16):32-6.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia